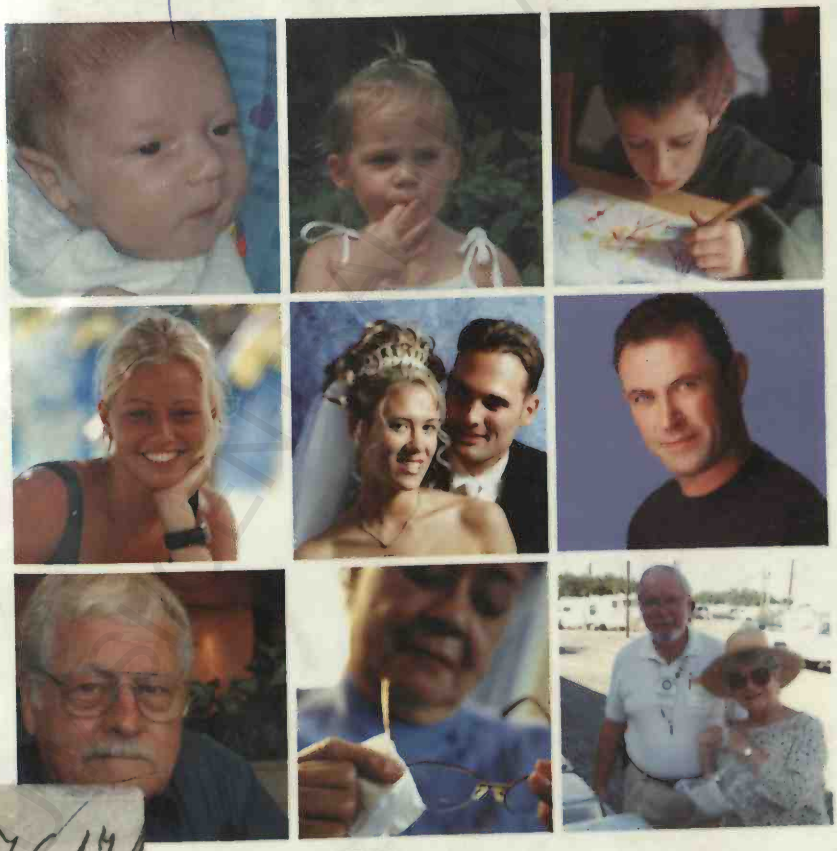
Psihologie

Volum coordonat de
Iolanda Mitrofan

CURSA CU OBSTACOLE A DEZVOLTĂRII UMANE

Psihologie, psihopatologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie



III 276.171

Collegium

POLIROM

Cuprins

Lista autorilor 11

Partea I
COPIII VIITORULUI SAU VIITORUL COPIILOR

Capitolul I
Copiii în cursa socializării sau cum se perpetuează diferenţele dintre băieţi şi fete (Cristian Ciupercă) 19

Capitolul II
Prietenia din perspectiva dezvoltării umane în creuzetul interacţiunii psihosociale (Laurenţiu Mitrofan) 34

II.1. Particularităţi şi metamorfoze ale relaţiei de prietenie la copii 34
Analiza sociometrică a prieteniei 35
Relaţiile de prietenie şi aspectele calitative ale interacţiunii sociale 36
Despărţirea de prieteni 37
Limbajul prieteniei 38
Concluzii 42

II.2. Cum începe o relaţie de prietenie? Câteva cercetări actuale 43
Reţeaua socială 43
Studiul 1: Copiii, părinţii şi oamenii din jur 45
Diferenţele în reacţiile la stimulii sociali 46
Studiul II: Prieteni şi străini 48
Studiul III: Dezvoltarea unei prietenii 50
Descrierea relaţiilor dintre copii 52
Aspectele funcţionale ale unei relaţii între copii de aceeaşi vârstă 54
Mecanisme ale relaţiilor dintre copii 55
Universul social al copilului 56

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul III

Dezvoltarea personală a copiilor în grupul experienţial – mic ghid de optimizare psihocomportamentală (Elena Anghel) 57

III.1. Prima sesiune 60
III.2. A doua sesiune 62
III.3. A treia sesiune 67
III.4. A patra sesiune 69
III.5. A cincea sesiune 71
III.6. A şasea sesiune 72
III.7. A şaptea sesiune 73
III.8. A opta sesiune 75
III.9. A noua sesiune 76
III.10. A zecea sesiune 76
III.11. Rezultate 77

Partea a II-a

OBSTACOLE ŞI SUFERINŢE ÎN DEZVOLTAREA UMANĂ

Capitolul I

Ce este psihopatologia şi psihiatria copilului? Câteva precizări conceptuale şi repere de analiză a tulburărilor psihice la vârsta copilăriei (Iolanda Mitrofan) 83

I.1. Concepte-cheie 83
I.2. Aspecte diferenţiale între psihopatologia copilului şi cea a adultului 84
I.3. Criterii ale dezvoltării psihice normale – câteva elemente de bază pentru un diagnostic diferenţial al normalităţii/anormalităţii în dezvoltarea psihică a copilului 86

Capitolul II

Evaluarea psihopatologică şi psihodiagnostică a copilului (Iolanda Mitrofan) 89

II.1. Clasificarea tulburărilor psihice din perioada copilăriei şi adolescenţei 89
II.2. Etiologia, prognosticul şi epidemiologia tulburărilor psihice ale copilăriei 91
Factori etiologici 91
Prognostic 94
Epidemiologie 94
II.3. Metode de evaluare psihologică şi psihodiagnostică a copiilor şi a sistemului lor familial 95
Depistarea şi orientarea copiilor cu probleme psihice şi de conduită către specialişti 96
Metodele de evaluare psihologică şi psihodiagnostică a copilului 98
Evaluarea psihologică prin teste 100

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Capitolul III

Tulburările psihice la copil (Gianina Cucu-Ciuhan) 105

III.1. Devierile comportamentale la copil 105
Clasificarea tulburărilor de comportament 105

III.2. Tulburările psihogene la copil 124
Reacțiile psihogene la copil 125
Nevrozele copilăriei 127
Dezvoltările prevalente de personalitate la copil 134

III.3. Tulburările endogene la copil 135

Capitolul IV

Experiența pierderii și a durerii la copil (Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea) 145

IV.1. Pierderi așteptate *versus* pierderi neașteptate 145
IV.2. Fazele durerii și reacțiile comportamentale caracteristice la copii 147
IV.3. Refacere și reașezare. Consilierea copiilor (triști, depresivi, temători și agresivi) și a familiilor lor 151
IV.4. Câteva tehnici specifice de lucru 153
IV.5. Copiii și veștile rele: durerea și comunicarea terapeutică. Repere în consiliere 156

Capitolul V

Ce se întâmplă cu adolescenții abuzați? (Daniela-Petruța Coman) 161

V.1. Abuzul familiei asupra adolescenților 161

Partea a III-a

CUM DEBLOCĂM ȘI REARMONIZĂM CURSA DEZVOLTĂRII UMANE

Capitolul I

Ce este psihoterapia copilului?
(Iolanda Mitrofan, Elena Otilia Vladislav, Marina Badea) 169

I.1. Câteva repere conceptuale 169
I.2. Obiectivele și desfășurarea procesului psihoterapeutic 171
I.3. Cum abordăm copiii prin metode și tehnici experiențiale (expresive și gestalt-creative) 176
Desenul ca abordare diagnostică și terapeutică a copilului 176
Alte mijloace expresive în psihoterapia copilului 185
Gestalt-terapia la copii 198
I.4. Specificul relației terapeutice în psihoterapia copilului 200

Capitolul II

Copiii – blocaje şi resurse în psihoterapie. Studii de caz (Elena Otilia Vladislav) 203

II.1. Andrei – un tic vocal sau tuse psihogenă 204
II.2. George – un caz cu balbism 210
II.3. Dana – clipitul buclucaş şi gelozia fraternă 215
II.4. Ana – o casă în care te poţi rătăci sau criza de protest 224
II.5. Claudiu – blocajul auto-apărării sau despre tendinţele contrarii şi unificarea interioară 227
II.6. Anca – o fetiţă cu capul în nori sau familia Plăntuca 233
II.7. Diana – o terapie centrată pe maturizarea emoţională 239
II.8. Cosmin – „Sunt furios pe tine, tată!" 254
II.9. Gabriel – copilul divorţului şi controlul durerii 264
II.10. Cristina – fetiţa care l-a luat pe „Nu vreau" în braţe 271

Capitolul III

O abordare experienţială a copilului prin terapia unificării. Alina – fetiţa care caută lumina (Marina Badea) 284

III.1. Prezentarea cazului 284
III.2. Familia lui „NU" (*Prima şedinţă*) 288
III.3. Cele două aripi (*Şedinţa a doua*) 295
III.4. Cernând trecutul (*Şedinţele trei, patru şi cinci*) 297
III.5. Zidul (*Şedinţa a şasea*) 298
III.6. Povestea trandafirului (*Şedinţa a şaptea*) 299
III.7. Dialog cu tristeţea (*Şedinţa a opta*) 308
III.8. Prizonier în cubul de gheaţă (*Şedinţa a noua*) 314
III.9. Încă un pas spre împăcarea cu sine (*Şedinţa a zecea*) 319
III.10. Uşa dinspre lac (*Şedinţa a unsprezecea*) 322
III.11. Lupta cu smoala (*Şedinţa a douăsprezecea*) 328
III.12. Râul care curge spre soare (*Şedinţa a treisprezecea*) 331
III.13. Şedinţa de evaluare 337

Capitolul IV

Terapia de doliu sau confruntarea cu moartea – despre o mamă care şi-a pierdut copilul (Ana-Maria Constantin) 340

IV.1. Perspective teoretice privind moartea şi travaliul de doliu 340
Perspectiva biblică şi literară 340
Perspectiva psihologică 345
IV.2. Tehnici psihoterapeutice utile în cadrul travaliului de doliu 359
IV.3. Studiu de caz 362
Travaliul de doliu al unui adult 362

Capitolul V
Focus psihoterapeutic familial. Câteva metode centrate pe familie
(Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile) 382
V.1. Terapia comunicațională de familie 382
V.2. Terapia de familie de tip experiențial sau terapia de familie experiențială 391
V.3. Terapia transgenerațională de familie 403
V.4. Terapia structurală de familie 415
V.5. Terapia strategică de familie 435
V.6. Terapia narativă de familie 447
V.7. Terapia integrativă de familie 458
Bibliografie 467

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lista autorilor

IOLANDA MITROFAN

- Profesor universitar doctor la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti;
- Profesor asociat la Facultatea de Psihologie a Universităţii „Titu Maiorescu", la Facultatea de Psihologie a Universităţii „Petre Andrei" din Iaşi, la Facultatea de Asistenţă Socială, Universitatea Bucureşti, la Facultatea de Psihologie a Universităţii de Vest, Timişoara;
- Coordonator de stagii doctorale şi masterale în psihodiagnostic şi psihoterapie, Universitatea Bucureşti;
- Coordonator al Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială al Universităţii Bucureşti şi Director general al Centrului de Dezvoltare Umană, Consiliere şi Psihoterapie SPER pentru copil, adolescent, cuplu şi familie;
- Coordonator şi formator al stagiilor postuniversitare de specializare în consilierea şi psihoterapia experienţială;
- Între 1977 şi 1997, cercetător ştiinţific (gradul I, din 1990) şi psihoterapeut în domeniul clinic, neuropsihiatric la Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă, Bucureşti;
- Stagii de formare: psihoterapia experienţială a unificării, gestalt-terapie (Belgia), somatoanaliză, analiză bioenergetică şi reichiană (Franţa), NLP, terapii creative (Olanda), meditaţie creativă, terapii de cuplu şi familie;
- Autor al Terapiei Experienţiale a Unificării şi fondator al Şcolii de Psihoterapie Experienţială din România;
- Autor, coautor şi coordonator a peste 100 de studii, articole ştiinţifice şi teme de cercetare. Volume publicate: *Cuplul conjugal – armonie şi dizarmonie* (1989, Ed. Ştiinţifică), *Familia de la A la Z* (1991, Ed. Ştiinţifică), *Elemente de psihologia cuplului* (1994, 1996, Ed. Şansa), *Psihologia relaţiilor dintre sexe. Mutaţii şi alternative* (1997, Ed. Alternative), *Introducere în psihosociologia şi psihosexologia cuplului şi a familiei* (1998, Ed. Alternative), *Psihoterapia experienţială* (1997, Ed. Infomedica), *Jocurile conştiinţei sau Terapia unificării* (1999, Ed. SPER), *Psihologia pierderii şi terapia durerii* (1999, Ed. Albedo; 2002, Ed. SPER), *Orientarea experienţială în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală, transpersonală* (2000, 2002, Ed. SPER), *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului. Abordare experienţială* (2001, Ed. SPER), *Meditaţii creative* (2001, Ed. SPER), *Terapii de familie* (2001, Ed. SPER), *Psihologia şi terapia cuplului* (2002, Ed. SPER), *Psihologia vieţii de cuplu. Între iluzie şi realitate* (2002, Ed. SPER), *Terapia toxicodependenţei – posibilităţi şi limite* (2003, Ed. SPER);
- Director şi fondator al *Revistei de psihoterapie experienţială*;
- Preşedinta Societăţii de Psihoterapie Experienţială Română – SPER;
- Membru al Federaţiei Române de Psihoterapie, vicepreşedinte al Colegiului Consilierilor şi Psihoterapeuţilor din Asociaţia Psihologilor din România, Membru al Consiliului Mondial de Psihoterapie.

MARINA BADEA

- Doctorand în psihologie, Universitatea Bucureşti;
- Studii aprofundate în psihodiagnostic şi psihoterapie, Universitatea Bucureşti;
- Asistent universitar asociat la Universitatea din Bucureşti, susţine seminarii de Psihopatologia şi psihoterapia copilului şi adolescentului, Psihoterapia experienţială, Terapii creative;
- Profesor asociat în cadrul cursului postuniversitar de Psihodiagnoză şi psihoterapie experienţială organizat de SPER;
- Practician în consilierea şi psihoterapia copilului şi a familiei, centrul SPER;
- Trainer în programele de dezvoltare personală şi optimizare umană organizate de SPER;
- Specializare în psihoterapia experienţială;
- Formator în psihoterapia experienţială a unificării;
- Publicaţii în *Revista de psihoterapie experienţială*;
- Coautor al volumului *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului. Abordare experienţială* (2001);
- Membru SPER, membru al Federaţiei Române de Psihoterapie, membru al Colegiului Consilierilor şi Psihoterapeuţilor din Asociaţia Psihologilor din România, membru al Consiliului Mondial de Psihoterapie.

ELENA OTILIA VLADISLAV

- Doctorand în psihologie;
- Studii aprofundate în psihodiagnostic şi psihoterapie;
- Cadru universitar la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti. Susţine seminarii la disciplinele: Psihopatologia şi psihoterapia copilului şi adolescentului, Tehnici proiective, Psihodiagnoza copilului;
- Profesor asociat în cadrul cursului postuniversitar de Psihodiagnoză şi psihoterapie experienţială organizat de SPER, cursul de Psihodiagnoza, psihopatologia şi psihoterapia copilului;
- Specializări în: psihoterapie experienţială, gestalt-terapie, terapie analitică reichiană, psihodramă clasică morenianã.
- Coautor al cărţilor: *Psihoterapia experienţială* (1998) şi *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului. Abordare experienţială* (2000); articole în *Revista de psihoterapie experienţială*;
- Practician în consilierea şi psihoterapia copilului, adolescentului şi familiei (Policlinica de copii şi Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială, SPER, Universitatea Bucureşti);
- Membru fondator al SPER, membru al Federaţiei Române de Psihoterapie, membru al Colegiului Consilierilor şi Psihoterapeuţilor din Asociaţia Psihologilor din România, membru al Consiliului Mondial de Psihoterapie.

DIANA LUCIA VASILE

- Lector universitar şi doctorand, Facultatea de Sociologie-Psihologie, Universitatea „Spiru Haret", Iaşi, titularul cursurilor de Psihologia familiei şi psihosexologie şi Psihologia educaţiei;
- Profesor asociat în cadrul Masterului de Psihodiagnostic şi psihoterapie al Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti, al cursului de Psihoterapia traumei şi în cadrul Masterului de Consilierea şi terapia cuplului şi familiei al Facultăţii de Psihologie şi Teologie, Universitatea de Vest, Timişoara; susţine seminarii de Consiliere şi terapii de cuplu şi familie;
- Profesor asociat în cadrul cursului postuniversitar de Psihodiagnoză şi psihoterapie experienţială organizat de SPER, cursul de Psihoterapia traumei;
- Stagii de formare în gestalt-terapie, somatoanaliză, analiză bioenergetică şi reichiană (cu formatori din Franţa şi Belgia), în terapia persoanelor traumatizate, terapii de cuplu (Australia) şi terapii de familie (Canada şi Australia);

- Psihoterapeut şi formator în psihoterapie experienţială în cadrul SPER şi al Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială din Bucureşti;
- Autor şi coautor de studii, articole ştiinţifice şi teme de cercetare în ţară şi străinătate, coautor al suporturilor de curs Psihologia educaţiei (2000) şi Terapii de familie (2001);
- Membru fondator al SPER şi al Asociaţiei Române de Psihologie Transpersonală (ARPT), membru al Asociaţiei Terapeuţilor de Traumă (Australia), membru al Federaţiei Române de Psihoterapie, membru al Colegiului Consilierilor şi Psihoterapeuţilor din Asociaţia Psihologilor din România, membru al Consiliului Mondial de Psihoterapie.

GEANINA CUCU-CIUHAN

- Conferenţiar universitar doctor în cadrul Facultăţii de Istorie, Filosofie şi Jurnalism, Universitatea din Piteşti, secretar ştiinţific al Consiliului Profesoral;
- Master în psihodiagnostic şi psihoterapie, Universitatea Bucureşti;
- Specializare în psihoterapie experienţială, Societatea de Psihoterapie Experienţială Română;
- Autor al volumelor: *Psihologia şcolarului mic: dezvoltare normală, psihopatologie şi psihoterapie* (2000), *Psihoterapia copilului hiperactiv – o abordare experienţială* (2001), *Psihoterapie şi terapii de familie* (2001), *Introducere în cercetarea psihologică* (2003);
- Coautor al volumului *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului* (2001), 25 de studii şi articole ştiinţifice în reviste de specialitate;
- Practician în consilierea şi psihoterapia copilului şi adolescentului, Cabinetul de Consiliere şi Testare Psihologică, Universitatea din Piteşti.

ELENA ANGHEL

- Doctorand în psihologie, Universitatea Bucureşti;
- Studii aprofundate în psihodiagnostic şi psihoterapie;
- Profesor asociat în cadrul cursului postuniversitar de Psihodiagnoză şi psihoterapie experienţială organizat de SPER, cursul de Psihoterapia copilului şi a familiei;
- Asistent universitar asociat la Universitatea Bucureşti, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei;
- Profesor consilier, gradul didactic II, Colegiul Naţional „Spiru Haret";
- Practician în diagnoza, consilierea şi psihoterapia copilului, cuplului şi familiei – Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială, SPER, Universitatea Bucureşti;
- Specializări în consiliere şi psihoterapie experienţială (diplomă de psihoterapeut), gestalt-terapie, terapii creative, psihoterapie reichiană, somatoanaliză;
- Articole în revista *Psihoterapie experienţială* şi coautor al volumelor *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului. Abordare experienţială* (2001), *Fete şi băieţi. Parteneri în viaţa privată şi publică – perspective de gen* (2002);
- Membru activ al SPER, membru al Federaţiei Române de Psihoterapie, membru al Colegiului Consilierilor şi Psihoterapeuţilor din Asociaţia Psihologilor din România, membru al Consiliului Mondial de Psihoterapie.

ANA-MARIA CONSTANTIN

- Master în psihodiagnostic şi psihoterapie, Universitatea Bucureşti;
- Practician NLP;
- Psihoterapeut experienţialist în supervizare;
- Specializări în: somatoterapie; gestalt-terapie; psihopatologia, psihoterapia şi psihodiagnoza copilului; psihologie existenţială; art-terapie;
- Consilier în cadrul Centrului de Copii româno-american, Constanţa – servicii de consiliere pentru copii, adolescenţi, gravide seropozitive şi familiile acestora;
- Lucrări publicate: *Secretul bine ascuns*, *Curs de dezvăluire a diagnosticului*, *Ghidul secţiilor de zi HIV*.

LAURENŢIU MITROFAN

- Doctor în psihologie, master în Psihodiagnostic şi psihoterapie (1999);
- Cadru didactic la Universitatea Bucureşti, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei (susţine seminarii de Psihologie socială, Psihologie experimentală, Psihodiagnoza aptitudinilor, Psihodiagnoza copilului mic);
- Profesor asociat în cadrul cursului postuniversitar de Psihodiagnoză şi psihoterapie experienţială organizat de Societatea de Psihoterapie Experienţială Română (SPER), cursul de Psihodiagnoză;
- Coautor al volumelor: *Psihoterapia experienţială* (1997), *Cunoaşterea de sine şi a celorlalţi. Psihoteste*, vol. 2 (1997), *Orientarea experienţială în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală şi transpersonală* (2000), *Psihologia sinelui – un pelerinaj spre centrul fiinţei* (2000), *Testarea psihologică – inteligenţă şi aptitudini* (în curs de apariţie);
- Autor al volumelor: *Prietenia. O cale de dezvoltare şi maturizare a personalităţii* (2001), *Atracţia interpersonală* (2002), precum şi a 20 de studii şi articole în revista *Psihologia* (1995-2000) şi în *Revista de psihoterapie experienţială* (1998-2002);
- Membru fondator al Societăţii de Psihoterapie Experienţială Română (SPER), membru al Federaţiei Române de Psihoterapie, membru al Colegiului Consilierilor şi Psihoterapeuţilor din Asociaţia Psihologilor din România, membru al Consiliului Mondial de Psihoterapie.

CRISTIAN CIUPERCĂ

- Doctor în psihologie al Universităţii Bucureşti;
- Sociolog, studii aprofundate în sociologie;
- Cercetător ştiinţific la Academia Naţională de Informaţii;
- Autor şi coautor a peste 50 de articole şi studii în reviste sau lucrări de specialitate;
- Autor şi coautor a 6 cărţi şi cursuri universitare: *Psihologia relaţiilor între sexe. Mutaţii şi alternative* (1997), *Incursiune în psihologia şi psihosexologia familiei* (1998), *Cuplul modern – între emancipare şi disoluţie* (2000), *Manipularea gândirii şi comportamentului. Profeţii care se autoîmplinesc* (2001), *Psihologia şi terapia cuplului* (2002), *Psihologia vieţii de cuplu între iluzie şi realitate* (2002);
- Domenii de interes: psihologia cuplului, psihologia socială;
- Membru SPER.

DORU BUZDUCEA

- Doctor în sociologie (1999), Universitatea Bucureşti;
- Master în Politici sociale (1996);
- Lector universitar la Facultatea de Sociologie şi Asistenţă socială, secţia „Asistenţă Socială", Universitatea Bucureşti. Titular al cursurilor: Teorii moderne în asistenţa socială şi Structura sistemului de asistenţă socială;
- Consultant DHHS (Department of Health and Human Services, SUA);
- Autor al volumelor: *Globalizarea – structuri paradigmatice moderne* (2002), *Geopolitica sărăciei* (1999), *Cetăţi şi ruine. Introducere în studiul problemelor sociale* (1999), *SIDA – confluenţe psihosociale* (1997);
- Coautor al volumelor: *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului* (2001); *Orientarea experienţială în psihoterapie* (2000); *Psihologia pierderii şi terapia durerii* (1999); *Psihoterapia experienţială* (1997); *Pentru o societate centrată pe copil* (1997);
- Articole publicate în revista *Calitatea vieţii* şi în *Revista de asistenţă socială*;
- Membru ARPAS (Asociaţia Română pentru Promovarea Asistenţei Sociale) şi membru SPER.

DANIELA-PETRUŢA COMAN

- Asistent universitar doctorand în cadrul Universităţii din Piteşti, Departamentul de Pregătire a Personalului Didactic;
- Stagii de formare în consiliere şi terapia copilului şi adolescentului, cuplului şi familiei, toxicomanului şi familiei sale, copilului şi femeii abuzaţi şi terapia traumei (cu formatori ai Societăţii de Psihoterapie Experienţială Română), analiză reichiană (cu formator din Franţa);
- Coordonator al programelor de consiliere, prevenţie şi asistenţă socială din cadrul organizaţiei „Salvaţi Copiii!", Filiala Argeş, şi al SPER, Bucureşti („Şi noi avem drepturi", „Asistenţă Socială Stradală", „Consilierea adolescenţilor cu probleme de adaptare"). Colaborator al Asociaţiei „Copiii – viitorul nostru 2002" din Piteşti, în programul „Eu aleg schimbarea" – program de consiliere şi dezvoltare personală a adolescenţilor aflaţi în situaţii de risc;
- Experienţă în consiliere stradală, consiliere şi terapie individuală cu adolescenţii şi familiile acestora (terapii de familie de tip comunicaţional, sistemic şi integrativ);
- Membru activ al SPER;
- Membru fondator şi colaborator al asociaţiei „Reaching Out" – Piteşti.

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea I

COPIII VIITORULUI SAU VIITORUL COPIILOR

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul I

Copiii în cursa socializării sau cum se perpetuează diferenţele dintre băieţi şi fete

Cristian Ciupercă

Anii copilăriei sunt esenţiali pentru dezvoltarea personalităţii şi comportamentului. Aceşti ani sunt, de asemenea, cruciali pentru fundamentarea concepţiilor despre comportamentul masculin sau feminin adecvat.

Practic, un copil nu posedă nici un fel de cunoaştere despre cum să evalueze ceea ce aude şi vede. Tendinţa este deci de a accepta valorile ce îi sunt insuflate. Părinţii, de cele mai multe ori inconştient, îi determină să adopte valori diferite, în funcţie de sexul fiecăruia. Această atitudine diferenţiată se poate observa încă de la naşterea copiilor, moment în care părinţii îşi creează anumite aşteptări, strâns legate de stereotipurile existente.

În cadrul unui studiu realizat într-un spital, 30 de perechi de părinţi (15 având băieţi şi 15, fete) au fost rugaţi să descrie caracteristicile copiilor lor. S-a observat că atât taţii, cât şi mamele şi-au caracterizat copiii corespunzător stereotipurilor culturale: băieţii au fost descrişi ca fiind mai mari, mai puternici, mai activi, în timp ce fetele au fost descrise ca fiind mai mici, mai delicate, mai pasive (Rubin *et al.*, 1974). Se pare însă că există anumite deosebiri între stereotipurile taţilor şi cele ale mamelor. Studiile arată că taţii au mai multe concepţii tipice decât mamele, cele mai numeroase înregistrându-se la taţii de băieţi (Levy, 1989).

Într-un alt experiment, unor copii de grădiniţă le-a fost prezentat un băieţel de patru ani. Altor copii, acelaşi băieţel le-a fost prezentat ca fiind fetiţă. După ce s-au jucat cu el cinci minute, copiii au fost rugaţi să-l descrie în funcţie de anumite caracteristici: mic/mare, tăcut/vorbăreţ, jucăuş/nejucăuş. Cei mai mulţi l-au descris ca fiind vorbăreţ şi jucăuş. Ca băiat, copilul a fost apreciat ca fiind „mare", iar ca fată a fost descris ca fiind „mic" (Smith şi Lloyd, 1978; Stern şi Karraker, 1989). Aşadar, chiar şi copiii de cinci ani au idei bine conturate despre cum trebuie să fie băieţii şi cum trebuie să fie fetele. Aceste idei le-au fost inoculate de părinţi prin atitudinile şi comportamentul lor faţă de aceştia.

Alte studii evidenţiază faptul că în comportamentul de joc al copiilor conştientizarea sexului este foarte evidentă şi precoce (Brown, 1995, p. 123). De exemplu, S. Thompson (1975) a descoperit că peste 75% dintre copiii de doi ani pe care i-a studiat au putut clasifica corect o serie de fotografii întruchipând bărbaţi şi femei, procent ce a crescut la 90% la vârsta de trei ani. Descoperiri similare au fost obţinute şi de alţi cercetători care au arătat că, începând cu vârsta de doi ani, etichetele de sex pot fi repede şi corect folosite

(Duveen şi Lloyd, 1986; Yee şi Brown, 1994). Chiar şi în condiţiile în care a fost introdusă o nouă variabilă (etnia), iar copiilor li s-a cerut „să potrivească" două perechi de fotografii pentru „a se juca împreună", ei au folosit sexul mai degrabă decât etnia drept categorie predominantă: copiii au fost mult mai înclinaţi să potrivească perechi de fete sau de băieţi decât să pună împreună persoane din acelaşi grup etnic (Davey, 1983).

Există unele dovezi ce sugerează că până şi copiii de câteva luni sunt capabili de distincţii categoriale. J. Fagan şi L. Singer (1979) au folosit o paradigmă a obişnuinţei cu bebeluşi de 5-6 luni. Conform acesteia, un stimul este arătat copilului în mod repetat, în ideea de a-l obişnui cu stimulul respectiv. Apoi, acel stimul este prezentat împreună cu stimulul-test, măsurându-se timpul cât copilul priveşte fiecare stimul. Dacă el fixează stimulul-test mai mult timp decât originalul, se presupune că vede ceva neobişnuit şi, prin urmare, realizează o diferenţiere între cei doi. Autorii citaţi au potrivit cu grijă fotografii cu bărbaţi şi femei, astfel încât aceştia erau cât se poate de asemănători în ceea ce priveşte un număr de trăsături faciale (lungimea părului, grosimea buzelor etc.). Ei au potrivit, de asemenea, fotografii cu persoane de acelaşi sex şi vârstă care erau mai puţin asemănătoare unele cu altele decât perechile bărbat – femeie. Bebeluşii au avut nevoie de mai mult timp uitându-se la fotografia-test, atunci când persoana imortalizată era de sex sau vârstă diferită faţă de aceea din fotografia de control.

Studiile prezentate au evidenţiat capacitatea copiilor de a conştientiza de la vârste extrem de fragede diferitele categorii sociale. Totuşi, conştientizarea nu implică neapărat o identificare cu cineva sau o preferinţă pentru o categorie în detrimentul alteia. Cercetătorii au arătat că, cel puţin de la trei ani, copiii se identifică cu aceste categorii şi exprimă preferinţe clare pentru una dintre ele. De exemplu, S. Thompson (1975) a descoperit că, în timp ce copiii de doi ani erau încă nesiguri de identitatea lor sexuală (doar jumătate au răspuns corect că sunt băieţi sau fetiţe), după doi ani şi jumătate identitatea sexuală a fost mult mai ferm stabilită (peste 80% au răspuns corect).

Deşi recunoaşterea sexului la această vârstă nu implică o înţelegere deplină a conceptului de sex, R. Slaby şi K. Frey (1975) au arătat că simpla identificare a propriei identităţi dublează cunoştinţele copilului în celelalte domenii. Ei i-au întrebat pe copiii care îşi cunoşteau propriul sex despre o serie de probleme ce ţin de faptul de a fi băiat sau fată. De exemplu, copiii au fost întrebaţi ce s-ar întâmpla dacă ar purta haine folosite de obicei de sexul opus sau dacă s-ar juca cu jucăriile preferate de celălalt sex. Autorii citaţi au descoperit că există un clar progres, o dată cu vârsta, în formarea a ceea ce ei au denumit „constanţa sexului". Studii recente au arătat că după vârsta de cinci ani, procente semnificative de copii demonstrează o constanţă completă (Yee şi Brown, 1994).

Studiile au concluzionat în unanimitate că orice copil, indiferent de sex, este supus la început unei puternice influenţe materne. El învaţă să devină matur însă prin identificarea cu părintele de acelaşi sex şi, mai târziu, prin identificarea cu persoanele reprezentative ale aceluiaşi sex, din jurul său.

Astfel, băiatul este obligat să se detaşeze de mama lui, să se apropie de tată şi să facă să funcţioneze un mecanism de identificare cu acesta din urmă. Mediul rural permite o identificare mai uşoară pentru că băiatul vede cum tatăl său îşi exercită „meseria" de bărbat. Mediul urban nu favorizează această identificare, iar adolescentul trebuie să se descopere pe sine şi să devină adult „împotriva" tatălui său (urmează altă meserie, adoptă alte valori etc.). În acest caz, apare mai viabilă teza potrivit căreia băiatul percepe superioritatea paternă printr-un sentiment de rivalitate.

Chiar dacă acest sentiment se manifestă sau nu, toate cercetările psihologice subliniază că pentru dezvoltarea identităţii masculine despărţirea de mamă este esenţială. „Să-ţi descoperi propria identitate sexuală – spune E. Leonelli (1994) – înseamnă să imiţi modelele sau modurile de a proceda, de a gândi şi de a simţi ale unei alte persoane de acelaşi sex. De aceea, un băiat care nu are alături de el un bărbat adult are dificultăţi în a se identifica în sexul lui. Prin urmare, băieţii fără tată vor avea o identitate de sex confuză şi capacităţi mai reduse de expresie".

Această concluzie a avut un impact considerabil, dacă ne gândim că au apărut puncte de vedere potrivit cărora opţiunea homosexuală a băieţilor ar deriva mai mult dintr-o ataşare împiedicată faţă de tată decât din dominaţia maternă, cum se teoretizase anterior (Leonelli, 1994).

Pe de altă parte, fata poate face să funcţioneze un mecanism de identificare fără să se detaşeze de mama ei. Poate acesta este şi unul dintre motivele pentru care fetele se maturizează mai devreme decât băieţii (Mendras, 1987). Aceeaşi idee o regăsim şi la E. Stănciulescu (1998) care consideră că sentimentul copilăriei masculine are o durată mai mare decât cel al copilăriei feminine: băieţii sunt mai vulnerabili şi mai greoi în înţelegerea/asimilarea ordinii sociale adulte.

Greutăţile pe care le întâmpină fata în procesul de identificare se leagă de rolul pe care nu îl mai acceptă şi pe care îl vede la mama sa (gospodină, imobilă, pasivă etc.). Există deci şi ideea potrivit căreia cu cât fata creşte, identificarea cu mama ei nu mai apare ca o soluţie satisfăcătoare. Acest lucru se întâmplă în special în familiile unde tatăl este perceput ca având autoritate, iar pentru a domina fata trebuie să se identifice cu el. Dacă nu va reuşi, ea va suporta superioritatea paternă cu o admiraţie neputincioasă (de Beauvoir, 1949).

Un rol important îl are şi reacţia tatălui faţă de propria fiică. De exemplu, dacă fata seamănă din punct de vedere fizic cu mama (care este foarte feminină), atunci tatăl va avea tendinţa să o trateze ca pe o femeie. Dacă tatăl nu are un fiu, iar fiica sa are o constituţie viguroasă şi robustă, el va fi tentat să o trateze ca pe un băiat. Observăm aşadar că numărul şi sexul copiilor uşurează sau îngreunează semnificativ procesul de identificare a fetei sau băiatului cu părintele de sex opus.

Există şi opinii potrivit cărora, indiferent de sex, pentru obţinerea unei identităţi autentice copilul trebuie să treacă prin următoarele etape: prima este ataşarea faţă de mamă, etapă căreia trebuie neapărat să-i urmeze îndepărtarea de mamă. Etapa ulterioară prevede ataşarea faţă de tată şi apoi îndepărtarea de el, ceea ce îl ajută pe om să-şi descopere esenţa proprie (Bly, 1992).

Aşadar, rolul părinţilor în identificarea sexuală a copilului este foarte important. La fel de importantă este şi contribuţia acestora în ceea ce priveşte perpetuarea stereotipurilor de gen. De exemplu, numeroase experimente au pus în evidenţă tratamentul diferenţiat al nou-născuţilor în funcţie de sexul lor. Într-unul dintre acestea, un lot de femei au fost rugate să se joace cu un copilaş de şase luni. Două fetiţe şi doi băieţei au fost îmbrăcaţi, fie corespunzător propriului sex, fie corespunzător celuilalt. S-a observat că jucăriile alese de „mame" au fost diferite în funcţie de sexul pe care acestea considerau că îl au respectivii copii. De exemplu, băieţii au fost încurajaţi mai mult decât fetele să participe la activităţi care implicau folosirea muşchilor (Smith şi Lloyd, 1978).

Pe măsură ce copiii cresc, comportamentul părinţilor faţă de ei continuă să fie diferenţiat. Studii diverse au arătat astfel că taţii sunt mai duri cu băieţii şi mai blânzi cu

fetele (McDonald şi Parke, 1986). De altfel, părinţii consideră că fetele sunt mai sincere şi de aceea arată mai multă reţinere în a le pedepsi. Ei îi învaţă pe băieţi să-şi controleze emoţiile, le acordă mai multă independenţă şi descurajează jocurile agresive în cazul fetelor (Ross şi Taylor, 1989). Acestea sunt mai atent ascultate atunci când au nevoie de ajutor, iar băieţii sunt mai des încurajaţi în încercările lor de afirmare (Fagot *et al.*, 1985).

Un experiment interesant a fost realizat de S. Goldberg şi M. Lewis (1969). O mamă şi copilul ei au fost lăsaţi singuri într-o cameră, cercetătorii numărând de câte ori se îndepărtează copilul de mamă. La un moment dat, între cei doi a fost pusă o barieră pentru a se observa reacţia copilului. Cei doi autori au arătat că fetele stăteau mai aproape de mame decât băieţii şi mai degrabă plângeau şi se ţineau de barieră decât să caute o modalitate pentru a o ocoli. Este şi acesta un exemplu că băieţii sunt îndrumaţi de mici să-şi dezvolte independenţa şi să nu cedeze psihic în faţa unor obstacole.

L. Hoffman (1974) afirmă că fetelor li se acordă o prea mare protecţie, ceea ce inhibă dezvoltarea anumitor capacităţi. Ele vor tinde să evite sarcinile dificile comparativ cu băieţii care sunt învăţaţi să fie mult mai încrezători în forţele proprii şi să vadă în orice activitate o adevărată provocare. Din această perspectivă, autorul citat arată că femeile cu realizări notabile au avut mame severe, care nu le-au considerat fragile sau vulnerabile şi nu le-au protejat excesiv.

Un aspect care influenţează asumarea rolului de gen în mod diferit se referă la prezenţa/absenţa fraţilor. O. Brim (1958) a demonstrat că atunci când fata are un frate, posibilitatea ca ea să manifeste trăsături masculine (ambiţie, spirit de competiţie etc.) este mai mare decât în cazul în care are o soră. În mod similar, băiatul care are o soră manifestă mai multe trăsături feminine (afectivitate, obedienţă) decât cel care are un frate.

În foarte multe cazuri, copiii preiau comportamente diferenţiate în funcţie de rolul de gen, privind ce se întâmplă în jurul lor. Ei apreciază că, din moment ce pregătitul mâncării şi spălatul rufelor sunt realizate întotdeauna de mamă, aceste activităţi intră în sarcina unei femei. S-a constatat totuşi că în familiile cu dublă carieră, copiii au mai puţine reprezentări stereotipe în privinţa rolurilor de gen (Jackson *et al.*, 1986).

Jucăriile influenţează, de asemenea, evoluţia copilului, atitudinile şi comportamentul acestuia. Mulţi cercetători au sugerat că tipurile de jucării influenţează foarte mult dezvoltarea cognitivă şi socială a celor mici (Miller, 1987). Un studiu realizat de O'Brien (1987) arată că acei copii care se joacă în mod frecvent cu păpuşi învaţă mai uşor să vorbească decât ceilalţi copii. De asemenea, s-a constatat faptul că sunt mult mai activi copiii care se joacă cu jucării tipice băieţilor (O'Brien, 1985). Aceştia primesc mai degrabă jucării care încurajează creativitatea, pe când fetele primesc jucării ce implică pasivitate (Fein *et al.*, 1975). După 2-3 ani, băieţii mai primesc rareori păpuşi, dar fetele continuă să primească şi să le valorizeze inclusiv în perioada facultăţii.

Cu ajutorul jucăriilor, cele două sexe sunt influenţate să se îndrepte spre anumite profesii (băieţii – oameni de ştiinţă, muncitori, agricultori, iar fetele – asistente medicale, profesoare, croitorese etc.), lucru care se mai întâmplă şi în zilele noastre. De exemplu, o cercetătoare trimisă în nenumărate magazine şi însărcinată să formuleze cererea „Aş dori o jucărie pentru un copil de trei ani" a primit pretutindeni acelaşi răspuns: „Pentru un băiat sau pentru o fetiţă?" (Vincent, 1985, p. 250).

Socializarea în familie are loc prin câteva procese de învăţare, procese ce întăresc (şi ele) sentimentul apartenenţei la un sex, sentiment ce pune la baza lui mai mult diferenţele dobândite şi mai puţin diferenţele prescrise. Cele mai importante procese de învăţare sunt:

1) *Imitaţia diferenţială*. Acest proces de învăţare pleacă de la premisa că la copii există tendinţa de a imita modelele de acelaşi sex în mai mare măsură decât pe cele de sex opus, deoarece copiii sunt mai tentaţi să imite pe cineva perceput ca fiind similar cu ei. Părinţii intervin foarte puţin în acest proces, ei considerând că băiatul va deveni bărbat adevărat doar imitându-şi tatăl, iar fetiţa – o femeie veritabilă numai identificându-se cu mama. În general, părinţii nu sunt doar convinşi de acest lucru, ci şi mândri, apreciind că un copil devine matur abia atunci când este capabil să imite modelul oferit de părintele de acelaşi sex.
2) *Întărirea diferenţială*. Se consideră că părinţii, profesorii, prietenii întăresc comportamentele specifice sexului copilului şi răspund negativ la comportamentele considerate drept nepotrivite sexului. Practic, nu numai că i se impune copilului preluarea unor comportamente de rol asemănătoare părintelui de acelaşi sex, dar, în acelaşi timp, sunt valorizate negativ orice încercări ale acestuia de a imita gesturi, de a adopta comportamente considerate ca aparţinând modalităţilor de manifestare a celuilalt sex.
3) *Auto-socializarea*. Acest proces de învăţare pleacă de la ipoteza potrivit căreia, o dată ce copilul s-a identificat cu un sex, el caută în mod activ informaţii despre modul în care femeia/bărbatul trebuie să se poarte. Conform acestei teorii a dezvoltării cognitive, propusă de L. Kohlberg (1969), identificarea sexuală apare ca fiind un produs al căutării active a identităţii proprii. Cu alte cuvinte, Kohlberg crede că înainte ca un copil să se identifice cu o altă persoană, el trebuie să dispună de anumite judecăţi despre natura caracteristicilor sale distincte.

De exemplu, băieţii nu devin bărbaţi pentru că se identifică cu tatăl lor sau pentru că îl imită, ci se identifică cu tatăl lor pentru că realizează că sunt băieţi. Ei îşi conştientizează apartenenţa sexuală şi se comportă ca atare. Această teorie, deşi recunoaşte rolul activ pe care îl au copiii în procesul identificării lor sexuale, deşi accentuează importanţa diferenţierii, neglijează semnificaţia învăţării sociale a sex-rolului.

Pentru o înţelegere mai clară a modului cum sunt socializaţi copiii în familie, vom compara acest proces în familia tradiţională şi în cea modernă. Ne-am oprit la aceste două momente din istoria omenirii deoarece, de cele mai multe ori, atunci când analizăm evenimentele lumii contemporane, avem tendinţa de a le raporta la societatea tradiţională, fie dintr-un impuls antitetic, fie dintr-o comoditate a comparării cu ultimul trecut.

Rolul mamei în familia tradiţională se manifesta mai ales în dimensiunea emoţional-expresivă a educaţiei, iar rolul tatălui, în dimensiunea instrumentală. Pe de o parte, tatăl, sever şi constant, iar pe de altă parte, mama, blândă şi duioasă, realizau un echilibru raţional în educarea copiilor lor (Boerescu, 1908).

Dacă avem în vedere că timpul pe care părinţii îl petrec alături de copii îndeplineşte trei funcţii (de Singly, 1996): funcţia de întreţinere şi reparaţie (activităţile menajere), funcţia de reconfort (momentele de tandreţe şi confesiune) şi funcţia de dezvoltare (obiectivele educative explicite), vom constata că în familia tradiţională diferenţele dintre bărbaţi şi femei erau foarte clare.

În timp ce femeia asigura toate cele trei funcţii, bărbatul era specializat exclusiv în funcţia de reconfort. Precizăm că deosebirile dintre rolul masculin şi cel feminin vizează modul, natura implicării, şi nu gradul de implicare, ce nici nu poate fi evaluat, întrucât nu pot fi comparate cantitativ comportamente diferite calitativ.

E. Stănciulescu (1997), plecând de la concluziile formulate de o serie de cercetători, evidenţiază faptul că părinţii, în funcţie de categoriile socioeconomice din care fac parte,

le transmit copiilor valori diferite: în clasele mijlocii şi superioare sunt valorizate autonomia şi stăpânirea de sine, imaginaţia şi creativitatea („sindromul de reuşită"), în timp ce în rest accentul este pus pe ordine, curăţenie, obedienţă, respect faţă de vârstă („sindromul eşecului") etc.

Din această perspectivă, uniformitatea socializării se referă la convergenţa modelelor culturale transmise la fiecare dintre cele trei niveluri: clasa superioară/clasa mijlocie/clasa inferioară. În societatea tradiţională există o unitate valorică mult mai mare spre deosebire de societatea contemporană unde la acelaşi nivel (clasa superioară) găsim forme diferite de socializare, valori diferite, atitudini şi comportamente uneori contradictorii, toate acestea datorită faptului că prezentul a impus un nou tip de cultură – *cultura prefigurativă* (vârstnicii învaţă alături de/de la tineri).

Pentru a evidenţia mai bine raporturile dintre aceste tipuri de familii din perspectiva stilurilor educative, vom prezenta un model de evoluţie, plecând de la două variabile: control parental şi suport parental. Prima variabilă vizează axa constrângere/permisivitate şi include indicatorii ce se referă la limitele impuse de părinţi activităţii copiilor şi la rigoarea cu care sunt aplicate şi controlate regulile. A doua variabilă vizează axa ataşament/respingere şi include indicatorii ce se referă la gradul de angajare a părinţilor în activitatea copiilor şi la receptivitatea faţă de nevoile şi stările lor emoţionale.

Acest model (figura 1) evidenţiază faptul că familia tradiţională, din punctul de vedere al controlului social, este mai permisivă decât familia patriarhală, în timp ce, din punctul de vedere al suportului parental, este mai neangajantă comparativ cu familia restructurată. Menţionăm că familia restructurată include o serie de configuraţii familiale adaptate începutului de secol XXI (Mitrofan şi Ciupercă, 1998).

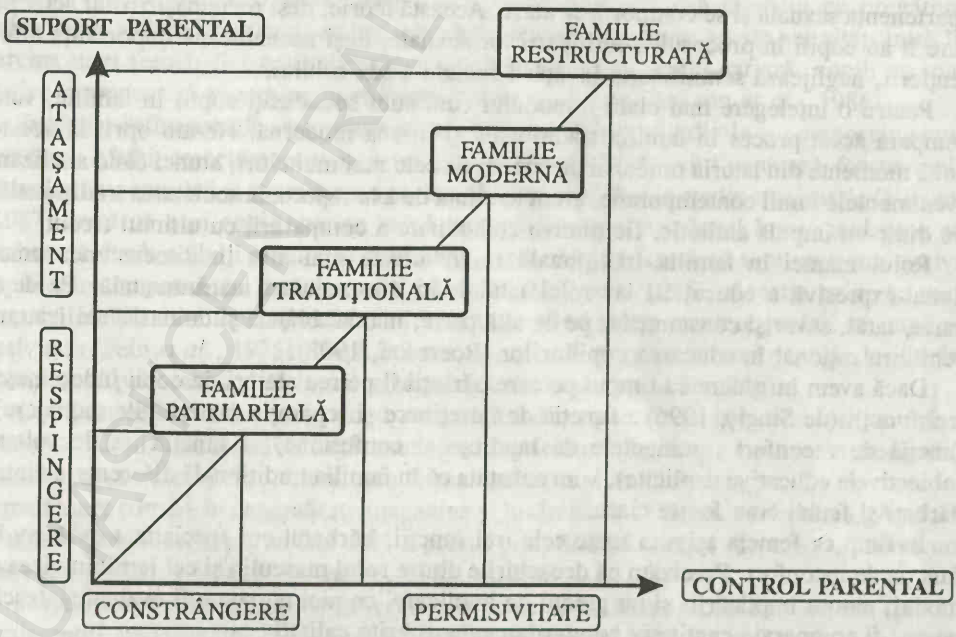


Figura 1. *Model de evoluţie a stilurilor educaţionale*

O altă concluzie interesantă desprinsă de E. Stănciulescu (1998) este aceea că în secolul al XIX-lea românesc nu exista un model cultural al familiei tradiţionale din perspectiva relaţiilor de autoritate şi putere. Mai mult, rolul matern nu era nicăieri numai expresiv, iar rolul patern – numai instrumental. Femeile erau personalităţi instrumentale puternice (caracterizate prin energie, ordine, perseverenţă, hotărâre, eficienţă, înţelepciune etc.), iar bărbaţii nu excludeau elementele emoţionale, chiar dacă – pe măsură ce se urca pe scara nivelului de instruire – vizibilitatea afecţiunii paterne (nu afecţiunea însăşi) părea a se diminua.

Autoarea citată consideră că în secolul al XIX-lea românesc exista şi se manifesta un exerciţiu colectiv situaţional al puterii. Autoritatea masculină era mai degrabă o normă intrată în conştiinţa comună decât o practică efectivă şi părea să nu servească decât ca faţadă (Stănciulescu, 1998).

Reţinem deci că – din perspectiva socializării –, indiferent de categoria socială, copiii participau *de facto* la exercitarea puterii ori de câte ori era în joc un aspect al vieţii familiale care îi includea, chiar dacă *de jure* nu li se recunoştea acest drept. Atât timp cât se purtau cum trebuie (cum o cerea situaţia, şi nu cum o impunea o normă precisă), familia nu exercita decât rareori o influenţă explicită de întărire asupra lor. Dacă acceptăm acest punct de vedere, atunci putem afirma că, la nivelul relaţiilor parentale, România se afla cu un picior în modernitate, ea folosind deja modelul socializării de mai târziu.

În ceea ce priveşte socializarea în funcţie de sex, familia tradiţională a favorizat accentuarea conştientizării diferenţelor dintre fete şi băieţi, întrucât punctele de convergenţă între cele două modele educaţionale erau destul de puţine. Băieţii erau socializaţi astfel încât să devină activi, ostili şi agresivi. Fetele însă erau blamate sau pedepsite dacă aveau un comportament agresiv şi recompensate dacă erau obediente şi politicoase. Relaţia părinte – copil era bazată pe înţelegere şi acceptare, pe convergenţa valorilor, pe respectul faţă de norme şi obiceiuri şi pe liniaritatea rolurilor, ceea ce genera şi/sau permitea o socializare lipsită de tensiuni şi divergenţe.

În familia modernă, relaţia părinte – copil are cu totul alte coordonate comparativ cu cele existente în familia tradiţională. Concepţiile privind relaţia parentală au evoluat semnificativ, rezonant tranziţiei treptate a familiei de la tradiţional la modern.

Din această perspectivă, E. Duvall (1971) evidenţiază existenţa a două tipuri de modele: modelul mamei tradiţionale (ce impune prin perseverenţă şi rigiditate) şi modelul mamei moderne (axat pe dezvoltarea capacităţilor instructiv-formative ale copiilor, în condiţiile unor libertăţi şi flexibilităţi crescute).

Analog, E. Elder (1949) a identificat modelul tatălui tradiţional (care asigură educaţia copiilor de pe poziţia celui care are întotdeauna dreptate şi ultimul cuvânt în orice problemă) şi modelul tatălui modern (ce foloseşte mult mai puţin metodele punitiv-restrictive).

Din combinarea celor patru modele rezultă patru tipuri de familii ce sintetizează trecerea de la socializarea rigidă şi autoritară la cea flexibilă şi îngăduitoare. Se observă (figura 2) că nici familia tradiţională, dar nici familia modernă nu asigură o socializare echilibrată, aceasta fiind posibilă mai curând în cadrul celor două forme de tranziţie, în care unul dintre părinţi compensează cu tradiţionalismul său modernitatea celuilalt. Această ipoteză poate fi susţinută făcând apel la un alt model teoretic care pleacă de la analiza raporturilor între generaţii (copil – părinte – bunic) din perspectiva modelelor culturale caracteristice acestora.

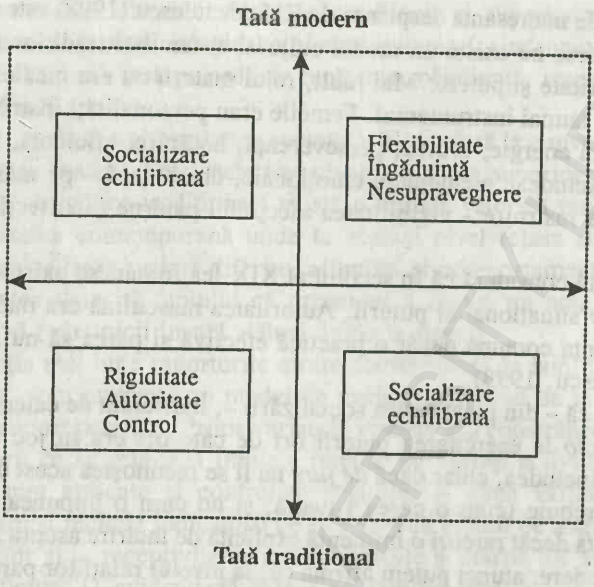


Figura 2. *Tipuri de socializare după gradul de tradiţionalitate a părinţilor*

Schema propusă (Mitrofan şi Ciupercă, 1998) evidenţiază faptul că raporturile intergeneraţionale sunt marcate atât de valori comune, cât şi de valori proprii fiecărui model cultural, traduse în atitudinile, comportamentele şi stilurile de viaţă adoptate. După cum se observă (figura 3), cu cât zonele de convergenţă sunt mai mari, cu atât autonomia manifestată este mai mică şi, invers, cu cât zonele de convergenţă sunt mai mici, cu atât autonomia manifestată este mai mare.

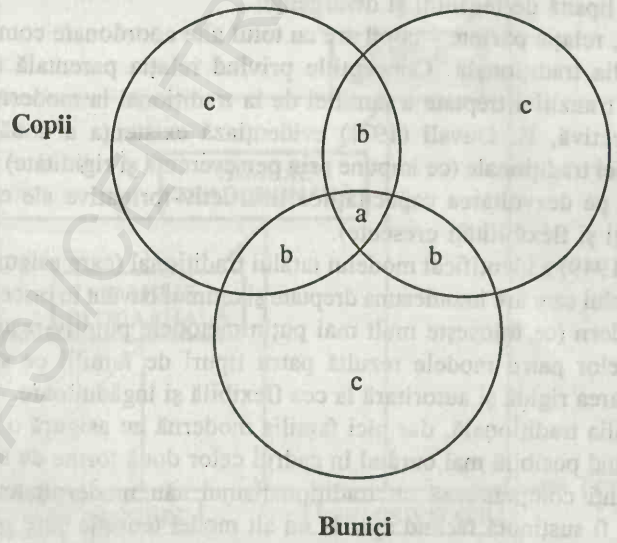


Figura 3. *Interferenţa modelelor culturale*

unde:
a = zona de convergenţă între cele trei modele culturale;
b = zona de convergenţă între două modele culturale;
c = zona de manifestare a propriului model cultural.

În primul caz se proliferează sistemul închis (congruent cu modelul „tată tradiţional – mamă tradiţională"), în cel de-al doilea, sistemul deschis (asemănător cu modelul „tată modern – mamă modernă"). Ambele sunt disfuncţionale până la un anumit punct, deoarece sistemul închis rupe familia de exterior, iar sistemul deschis rupe unitatea din interior. Prin urmare, considerăm că – din perspectiva raporturilor intergeneraţionale – pentru a fi funcţional sistemul familial trebuie să-şi construiască şi să-şi consolideze o stare de echilibru între modelele culturale ale generaţiilor componente.

Să încercăm acum să privim socializarea din perspectiva celor două sexe. Deşi anumite influenţe tradiţionale au rămas, s-au modificat destul de multe lucruri în această privinţă. De exemplu, s-a diminuat considerabil ceea ce mulţi sociologi au considerat a fi baza diferenţei de socializare a celor două sexe: axa sedentarism – mobilitate. În trecut, fetele erau încurajate să rămână sedentare, iar băieţii să devină mobili. Ele erau mai întotdeauna antrenate în activităţi desfăşurate în spaţiul limitat şi închis al gospodăriei (Benedict, 1943), în vreme ce, foarte de timpuriu, băieţii erau trimişi să se joace afară. Pe măsură ce creşteau, fetele aveau voie să iasă, dar numai dacă aveau un scop (Lafont, 1980). Aceste caracteristici tradiţionale s-au destrămat progresiv. Azi, fetele ies în oraş de la 12-13 ani, se amestecă cu băieţii de vârsta lor, se întorc acasă seara târziu. Ele se lovesc de toate problemele pe care le implică mobilitatea şi îşi formează o perspectivă mult mai largă asupra vieţii.

Strâns legată de această axă este şi axa public – privat care a suferit şi ea numeroase modificări. Progresiv, s-a renunţat la ideea că bărbaţii acţionează (doar) în spaţiul public şi femeia (doar) în spaţiul privat, ceea ce a generat schimbări în procesul socializării celor două sexe. De exemplu, astăzi, datorită cuceririlor feminismului, devine din ce în ce mai normal ca fata să fie încurajată să studieze, să intre pe piaţa forţei de muncă etc. Totuşi, mai persistă mentalitatea potrivit căreia, dacă nu reuşeşte, va fi iertată de cei din jur mult mai uşor decât un băiat, căci de la ea se cere – în special – un alt soi de realizare: să fie femeie, să nu-şi piardă feminitatea (de Beauvoir, 1949).

Axa pasiv – activ se supune aceluiaşi proces de transformare. Fetele sunt învăţate să devină active, să renunţe la pasivitatea tradiţională care – aplicată la condiţiile societăţii contemporane – le-ar fi izolat, le-ar fi determinat să fie frustrate.

În fine, numeroase schimbări a suferit şi axa dependenţă – autonomie. Fetele sunt educate astfel încât să poată depăşi stadiul de dependenţă de sexul opus şi să devină tot mai libere în opţiunile lor de viaţă.

După cum se observă, socializarea fetelor a devenit din ce în ce mai complexă şi mai dificilă. Şi aceasta, nu pentru că ar implica eforturi sau costuri foarte mari, ci din cauza faptului că trebuie înlăturată o mentalitate care a făcut din femeie o fiinţă sedentară, pasivă şi dependentă, ce-şi limita viaţa doar la spaţiul privat.

Ce s-a schimbat însă în socializarea băieţilor? Mai nimic important, pentru că ei merg în continuare pe linia mobilitate – activism – autonomie, acţionând cu preponderenţă în spaţiul public. Nu au intervenit deci schimbări de fond. Modificările care au apărut ţin de conştientizarea faptului că băieţii trebuie să devină mai expresivi, nu doar instrumentali, accentuându-se şi latura afectiv-emoţională, nu numai cea economică. Ceea ce

pare mai surprinzător este faptul că băiatul trebuie socializat astfel încât să accepte că va deveni dependent de femeie, pentru că ea tinde să devină autonomă, iar acest lucru implică o dependenţă reciprocă.

Ca o concluzie a acestei perspective generale asupra procesului de socializare în familia modernă putem afirma că relaţia părinte - copil se bazează pe alte principii comparativ cu cele care guvernau familia tradiţională, iar ideea fundamentală este aceea că adolescenţa şi chiar copilăria au devenit etape de pregătire pentru momentul foarte important al părăsirii căminului. Copiii îşi iau/li se acordă mai multă libertate, mai multă autonomie, mai multă responsabilitate, separarea şi individualizarea devenind probleme fireşti. Părăsirea căminului înseamnă într-un fel o a doua naştere (Bellah *et al.*, 1985), iar copiii se pregătesc/sunt pregătiţi de la o vârstă din ce în ce mai mică pentru aceasta, în condiţiile în care oricum convieţuirea cu părinţii ar fi fost destul de dificilă, date fiind diferenţele de valori, atitudini, mentalităţi şi stiluri de viaţă dintre cele două generaţii.

Pe de altă parte, la nivelul opiniilor şi intenţiilor educative, numărul părinţilor care pregătesc un destin diferit copiilor lor în funcţie de sexul acestora este tot mai mic (Durning, 1995). Comportamentul celor care continuă, conştient sau nu, să transmită valori diferenţiatoare poate fi explicat cu ajutorul a trei tipuri de logici parentale (Bell, 1979):

- logica tradiţiei;
- logica funcţionalistă;
- logica utilităţii sociale a respectării stereotipurilor.

Totuşi, tendinţa este destul de clară, iar societatea spre care ne îndreptăm este una în care toată lumea începe să poarte aceleaşi haine, aceleaşi bijuterii, aceeaşi coafură. Tinerii vor trăi, dacă nu trăiesc deja, într-o modernitate imediată şi schimbătoare, fără trecut sau viitor, distinctă de societatea celor în vârstă şi de istoria ei (Lafont, 1980).

Alături de familie, un rol important în socializarea diferenţiată a celor două sexe revine şi altor instanţe, cum ar fi:

1. *Grupele de vârstă*

Activitatea grupurilor de băieţi şi de fete diferă în mod semnificativ (Lever, 1978). De exemplu, băieţii se angajează deseori în activităţi de echipă (în care competiţia şi regulile sunt foarte importante), iar fetele în activităţi spontane şi mai puţin organizate (săritul corzii, statul de vorbă etc.).

2. *Şcoala*

Majoritatea manualelor şcolare îi prezintă pe băieţi şi pe fete având roluri specifice genurilor. De exemplu, băieţii din povestiri sunt activi, fetele pasive; ei se joacă cu soldaţi, ele cu păpuşi (Goodman, 1992). Unele studii (Davies, 1991) sugerează că lucrurile s-au mai schimbat, dar foarte multe cărţi pentru copii n-au depăşit modelele culturale tradiţionale.

În ţara noastră s-au efectuat câteva cercetări care au evidenţiat faptul că şcoala, prin manualele şi materialele didactice folosite, continuă să contribuie la perpetuarea stereotipurilor de gen. De exemplu, în manualele pentru ciclul primar există destule imagini-stereotip care deformează reprezentările copilului despre bărbaţi şi femei, despre rolurile şi statutul lor în societate. L. Grünberg (1997, pp. 19-35), analizând cele două manuale alternative de limba română pentru clasa a II-a, aprobate de Ministerul Învăţământului pentru anul şcolar 1996-1997, arată că - vizual - copiii sunt „bombardaţi" (p. 26)

cu poze reprezentând un sex în defavoarea celuilalt (tabelul 1). În ceea ce priveşte activităţile atribuite, se observă că fetele cântă, ascultă, cos, cumpără păpuşi, şterg praful, în timp ce băieţii învaţă, se joacă pe computer etc.

Tabelul 1

Manual	Nr. fete	Nr. băieţi	Nr. femei	Nr. bărbaţi
1	33	68	18	30
2	29	101	18	52

D. Frumuşani şi G. Popa (1997), analizând *Abecedarul* apărut la Editura Didactică şi Pedagogică în 1995, arată că – la nivelul ilustraţiilor – personajele de sex feminin apar în următoarele roluri profesionale: învăţătoare, vânzătoare, sportivă. În acelaşi timp, personajele de sex masculin întruchipează astronauţi, poliţişti, doctori, actori. Numărul personajelor feminine este mai scăzut decât cel al personajelor masculine, raportul fiind de 1/2 în defavoarea primei categorii. La nivelul familiei, conform manualului utilizat, rolurile se prezintă astfel: mama coase, găteşte, îngrijeşte copiii, iar tatăl citeşte ziarul, duce copiii la şcoală, îi plimbă cu barca pe lac. Aşadar, mama continuă să fie surprinsă în ipostaze casnice, în timp ce tatălui i se atribuie activităţile din spaţiul public.

3. *Mass-media*

Există păreri conform cărora nicăieri nu au fost consolidate mai bine modelele de rol tradiţional decât în mass-media (Busby, 1975). În majoritatea programelor de televiziune, bărbaţii apar mai mult decât femeile, raportul fiind de 7/3 (Durkin, 1995), şi sunt prezentaţi ca având statusuri ridicate, în timp ce femeile sunt prezentate ca fiind dependente şi servile (Birch, 1988; Richmond-Abbott, 1992). Studii asupra celor mai vizionate desene animate arată că majoritatea personajelor principale sunt masculine şi tot ele domină secvenţele de acţiune (Giddens, 1989).

În 1980, s-a efectuat un studiu care a încercat să identifice în ce măsură ocupaţiile atribuite în mod tradiţional fiecărui sex se regăsesc în reclamele comerciale. L. Lovdal (1989) a constatat că stereotipurile rolurilor de gen convenţionale persistă şi în aceste reclame, fapt care a confirmat presupunerile anterioare. Influenţa programelor de televiziune asupra stereotipizării pe baza apartenenţei la gen a fost cercetată şi de A. Browne (1999) care a analizat conţinutul reclamelor publicitare din timpul programelor de desene animate, pe o perioadă de cinci luni. Rezultatele la care a ajuns sunt asemănătoare cu cele din studiile anterioare: bărbaţii apar în număr mai mare, îşi asumă mai mult roluri dominante, sunt mai activi şi mai agresivi decât femeile care sunt prezentate ca fiind mai timide, mai puţin dornice de a prelua controlul.

Numeroşi cercetători (Morgan, 1987; Meltzoff, 1988) au arătat că probabilitatea adoptării rolurilor de gen tradiţionale este cu atât mai mare, cu cât creşte numărul de ore petrecut de copii în faţa televizorului. Pe de altă parte, într-un experiment realizat de N. O'Neil, S. Schoonover şi L. Adelstein (1980), unor copii li s-au prezentat o serie de reclame netradiţionale, încercându-se apoi să se identifice efectul acestora asupra stereotipului rolului de gen. S-a observat că fetele şi-au exprimat dorinţa de a se lansa în cariere netradiţionale, tendinţă aproape inexistentă la băieţi. Şi alţi autori au evidenţiat faptul că majoritatea copiilor îşi schimbă atitudinile stereotipizate când vizionează programe de televiziune în contradicţie cu stereotipurile lor (Johnson şi Ettema, 1982 *apud* Birch, 1988).

Un alt aspect a fost relevat de analizarea unui număr de 2.750 de reclame, în urma căreia s-a constatat că în 94% din cazuri a fost folosit un narator bărbat, deşi 50% dintre produsele promovate erau destinate femeilor (Richmond, Abbott, 1992). În general, femeile apar în reclame când se face uz de nuditatea lor parţială sau totală. Acceptând acest lucru, ele îşi confirmă eticheta de „obiecte sexuale" ce caută să domine prin fizic, şi nu prin intelect. Tendinţa este însă ca femeia să-şi reproiecteze sensul vieţii, comutându-se de la impresivitatea aparenţei spre consistenţa esenţei, de la relevarea formelor la evidenţierea personalităţii.

Concluzionând, prin intermediul educaţiei copiii învaţă anumite roluri de gen. Deşi există studii care confirmă că societatea, prin diferitele sale instanţe de socializare, îi pregăteşte pe copii pentru două lumi separate, în funcţie de sexul lor (Grünberg, 1997, p. 42), tendinţa este de regândire a procesului socializării în direcţia unei societăţi unisex (Aries, 1980, p. 85).

4. *Socializare şi gândire pozitivă*

Orice părinte îşi doreşte să aibă un copil inteligent, sociabil, necomplexat, cu o bună imagine de sine. Însă nu toţi copiii ajung să gândească şi să acţioneze aşa cum şi-ar dori părinţii lor, pentru că nu toţi au fost educaţi în aceeaşi manieră şi nu toţi au fost receptivi în aceeaşi măsură la modelul socializant impus.

Psihosociologii au stabilit că modul în care abordăm lucrurile, capacitatea de a depăşi greutăţile vieţii, nivelul de competenţă şi mai ales gradul de încredere pe care îl avem în noi înşine depind de felul în care ni s-au inoculat în copilărie anumite imagini despre capacităţile şi potenţialul nostru, despre ceea ce suntem şi ceea ce am putea deveni. Părinţii sunt principalii responsabili de formarea noastră ca indivizi, pentru că rolul lor – mai ales la vârste fragede – este determinant comparativ cu celelalte instanţe de socializare. De multe ori, ne dezvoltăm aptitudinile în direcţia pe care părinţii au crezut-o ca fiind cea mai potrivită pentru noi sau ajungem să practicăm o meserie, nu pentru că ne-ar plăcea în mod deosebit, ci din cauza influenţei acestora în a ne învăţa ce să ne dorim. Rezultatele unui studiu longitudinal, care a început la 7 ani şi a durat 22 de ani, a arătat că imaginea asupra viitoarei cariere (răspunsul la întrebarea: „Ce vreţi să deveniţi când veţi fi adulţi?") s-a materializat la aproximativ jumătate dintre cei chestionaţi (Torrance, 1983 *apud* Dincă, 1996, p. 4). Se observă deci importanţa şi rolul părinţilor în alegerea domeniului în care *ei* cred că se vor realiza copiii lor, mai ales că cercetătorii au descoperit tendinţa oamenilor de a deveni ceea ce îşi imaginează/sunt influenţaţi să îşi imagineze în copilărie că sunt (Anderson, 1999, p. 166).

Probleme complexe apar în momentul în care intervin discrepanţe mari între aptitudinile pe care părinţii cred că le avem şi cele reale (pe care le avem efectiv), între speranţele lor şi posibilităţile noastre, între aşteptările lor şi ceea ce le putem noi oferi. Toate aceste discrepanţe sunt cauze ale apariţiei complexelor şi angoaselor, ale interiorizării unor atribute şi exteriorizării unor comportamente ce pot evidenţia frustrarea, neadaptarea, teama de responsabilitate sau gândirea de tip fatalist.

De asemenea, situaţii nedorite sunt şi acelea în care părinţii sau profesorii îi induc (de cele mai multe ori inconştient) copilului o imagine falsă asupra propriilor capacităţi, iar acesta ajunge să interiorizeze imaginea eronată şi să creadă cu adevărat în ea. Efectele care decurg de aici se referă în primul rând la subevaluarea sau supraevaluarea competenţelor în respectivul domeniu, la imagini de sine deformate ce pot marca destinul social al individului supus acestui proces. De exemplu, copiii cărora li se spune în mod repetat

(fără a avea o bază întemeiată) că nu pot avea rezultate bune la matematică ajung să creadă că nu vor fi niciodată performanţi în acest domeniu, chiar dacă au un potenţial de inteligenţă ridicat şi aptitudini latente ce ar putea fi valorificate.

De multe ori, atitudinile şi comportamentele profesorilor determină din partea elevilor reacţii de confirmare a predicţiilor făcute de aceştia. Cercetătorii au arătat că profesorii privesc, zâmbesc, îi aprobă mai des şi îi pun să lucreze mai intens pe cei pe care îi consideră mai dotaţi şi, în consecinţă, îi ajută să obţină cu adevărat performanţe (Holdevici şi Vasilescu, 1999, p. 14). Într-un experiment (Polardi, 1979 *apud* Bolboceanu, 1992, p. 27), interogându-se învăţătorii claselor întâi despre ritmul însuşirii cititului, s-au diferenţiat două grupe: una dintre ele alcătuită din învăţători care spuneau că băieţii şi fetele îşi însuşesc cititul în acelaşi ritm, cea de-a doua – din învăţători care spuneau că băieţii învaţă să citească mult mai încet decât fetele. Un test special pentru capacitatea de citire a demonstrat însă că nu existau deosebiri între băieţi şi fete. După un interval de timp, testul a fost repetat. Rezultatele au fost altele: în clasele învăţătorilor din a doua grupă, băieţii manifestau o pronunţată rămânere în urmă. Concluzia autorului a fost aceea că, fiind deosebit de sensibili faţă de atitudinea învăţătorului, copiii şi-au modificat comportamentul în direcţia indusă de acesta.

Ce se întâmplă cu elevul atunci când primeşte anumite etichete? J.M. Monteil (1988, pp. 3-19) a realizat un experiment pe 64 de elevi, jumătate dintre ei cu rezultate bune la învăţătură, cealaltă jumătate cu rezultate slabe. Concluziile sale au fost următoarele:

1) Atunci când elevul este etichetat ca fiind slab şi plasat în poziţie de anonimat, într-o situaţie de comparare socială el îşi mobilizează competenţele ce-i permit să reuşească, pe când, plasat în poziţie de vizibilitate, el eşuează.
2) Atunci când elevul este etichetat ca bun, oricare ar fi poziţia atribuită (vizibilitate, anonimat), într-o situaţie de comparare socială el se depăşeşte pe sine.

Explicaţia dată de autor este aceea că în situaţie de vizibilitate performanţele corespund etichetelor atribuite. În situaţie de anonimat, subiecţii slabi acordă o semnificaţie aparte performanţelor, în sensul revalorizării de sine. Dimpotrivă, în situaţia de vizibilitate socială, elevii cu nivel şcolar scăzut par a se comporta ca şi cum, obişnuiţi de multă vreme cu eşecul, nu sunt în măsură să-şi asume o evaluare pozitivă.

Cercetătorii au încercat să stabilească diverse corelaţii între etichetele care se aplică unui copil şi statusul său social. Mai mult decât atât, s-a ajuns la concluzia că părinţii aparţinând claselor superioare şi mijlocii transmit copiilor „sindromul de reuşită", iar cei ce aparţin claselor inferioare transmit mai degrabă un „sindrom al eşecului" (Forquin, 1982, pp. 51-70; Stănciulescu, 1997, pp. 60-69). Alte studii au evidenţiat faptul că şi valorile transmise copiilor de părinţii aparţinând unor diverse categorii socioeconomice sunt diferite. Astfel, în clasele mijlocii şi superioare sunt valorizate autonomia şi stăpânirea de sine, imaginaţia şi creativitatea, în timp ce în clasele inferioare accentul este pus pe obedienţă, respectabilitate, capacitatea de a evita problemele (Kohn, 1969; Bourdieu, 1974; Percheron, 1981). Transmiterea valorilor se diferenţiază şi în funcţie de alţi factori: sex, rangul naşterii, gradul de receptivitate a copilului etc. (Stănciulescu, 1997, p. 208). O concluzie interesantă a reieşit şi din studiul Organizaţiei Naţionale Părinţi-profesori din SUA, referitoare la faptul că, la nivelul şcolilor medii, la 18 copii cu o gândire negativă există doar unul cu o gândire pozitivă. Studiul dezvăluie însă că, atunci când copiii intră în clasa I, 80% au o părere destul de bună despre sine, dar, când ajung în clasa a VI-a, doar 10% mai au o părere bună despre ei (Ziglar, 2000, p. 50).

Să revenim însă la profeţia autorealizatoare şi la rolul acesteia în socializarea individului. I. Holdevici şi I.P. Vasilescu (1999, p. 13) consideră că atitudinile noastre pot influenţa realitatea, dar nu într-un mod absurd. De exemplu, un copil foarte dotat nu va fi doborât de expectaţiile joase în raport cu el, aşa cum nici un copil fără calităţi nu va putea fi transformat într-un geniu, pentru că toată lumea se aşteaptă la aşa ceva. Ideea potrivit căreia o anume predicţie se împlineşte numai în anumite condiţii este împărtăşită şi de alţi autori (Iluţ, 2000, p. 73). Practic, nu orice copil va putea ajunge la anumite performanţe doar pentru că i s-a spus de către alţii – semnificativi – că este inteligent. De altfel, anumite aprecieri nu se împlinesc tocmai din cauză că au fost emise (profeţia sinucigaşă). Pe un adolescent, aprecierea unui profesor că nu va termina niciodată o facultate îl poate mobiliza atât de puternic, încât va reuşi să fie licenţiat.

Studiile întreprinse au evidenţiat impactul pe care îl poate avea profeţia autorealizatoare, nu doar în ceea ce priveşte competenţele sau capacităţile intelectuale ale individului, ci şi asupra unor trăsături de personalitate. P. Zimbardo (1995 *apud* Ciorbea, 1998, p. 26) a încercat să dea un răspuns interogaţiei următoare: dacă numai 15-20% dintre copii se nasc timizi, cum se explică faptul că 50% dintre adulţi se comportă în acest mod? Explicaţia găsită a fost aceea potrivit căreia timiditatea este achiziţionată în perioadele de dezvoltare, când copiii se pot simţi incapabili, stânjeniţi de grupul lor de egali. Ca urmare, profesorii îi vor eticheta drept timizi, iar aceştia vor începe să se vadă în felul acesta şi vor acţiona ca atare.

Atmosfera familială în care trăiesc copiii le influenţează hotărâtor evoluţia. Astfel, un climat familial lipsit de securitate emoţională va genera copilului o percepţie asemănătoare asupra realităţii sociale. Aceasta va apărea drept instabilă, periculoasă, greu de controlat, ceea ce-l va determina pe subiect să manifeste reţinere şi să aibă dificultăţi de relaţionare, să se simtă incapabil să facă faţă unui mediu pe care îl percepe ca fiind ostil (Saxton, 1990; Stănciulescu, 1997). Pe de altă parte, criticile repetate, nejustificate, exagerate se pot întipări în subconştientul copilului, având efecte dezastruoase asupra estimării de sine. Astfel, persoanele care au primit puţine laude şi complimente în timpul copilăriei, dar în mod repetat multe critici vor fi lipsite de încredere în forţele proprii (Nazare-Aga, 1999, p. 149). În acelaşi timp, neatingerea unor scopuri extraordinar de înalte (ce au fost fixate plecând de la supravalorizarea posibilităţilor efective) poate genera stări depresive ce favorizează, uneori, chiar apariţia tentativelor de suicid.

Potrivit unor cercetări recente, o explicaţie a reuşitei şcolare şi sociale diferenţiate ar constitui-o înclinaţia către internalitate sau externalitate, avându-se în vedere că internii sunt mai motivaţi pentru reuşită şi efort (de Beauvois şi Dubois, 1994). Din această perspectivă, ţinând cont de faptul că stilul educaţiei în familie influenţează localizarea controlului (Băloiu, 1997, p. 46), putem induce copiilor noştri tendinţa către internalitate mai degrabă decât către externalitate. Pentru a realiza acest lucru ar trebui să avem în vedere faptul că o educaţie autoritară, cu pretenţii exagerate şi control sever determină localizarea externă a controlului. În aceeaşi categorie se înscrie şi stilul de educaţie supraprotector. Conform autoarei citate, localizarea internă a controlului apare în cazul părinţilor toleranţi, care ţin seama de aptitudinile şi interesele copiilor şi creează cadrul necesar acţiunilor independente ale acestora.

Orientarea dirijată a unei anumite tendinţe poate apărea şi în cazul axei extraversiune-introversiune. Într-un experiment de laborator, unor subiecţi le-au fost puse întrebări care erau dirijate fie spre extraversiune (de exemplu, „Ce faci la o petrecere ca

să înviorezi atmosfera?"), fie spre introversiune (de exemplu, „Ce ai făcut ultima dată când nu ai avut chef să vezi pe nimeni?"). Aceste întrebări i-au determinat pe subiecţi să se evalueze pe sine ca fiind mai extravertiţi (cei cărora le-au fost puse întrebări extravertite) sau mai introvertiţi (ceilalţi), schimbările observându-se şi în plan comportamental (Fazio, Effrein şi Falander, 1981 *apud* Sanitioso, Brown şi Lungu, 1999, p. 102).

Într-un alt experiment, Z. Kunda şi R. Sanitioso (1989) le-au prezentat unor studenţi rezultatele unui studiu ipotetic ce ar fi fost efectuat de către psihologii de la Universitatea Stanford. Plecând de la rezultatele studiului, subiecţii au fost lăsaţi să creadă că fie extraversiunea conduce la succesul academic, fie introversiunea. Apoi, au fost rugaţi să se evalueze pe sine pe baza dimensiunii extraversiune – introversiune. Aceştia au fost duşi în altă încăpere şi li s-a cerut să participe la o sarcină de evaluare pe computer. Ei trebuiau să răspundă, apăsând pe două butoane (Eu/Nu eu), imediat ce un cuvânt-trăsătură apărea pe ecranul computerului. Subiecţii au avut de ales între 60 de trăsături, dintre care 10 aveau legătură cu extraversiunea (vorbăreţ, sociabil etc.), 10 cu introversiunea (timid, tăcut etc.), restul fiind neutre. Subiecţii care au fost determinaţi să creadă că extraversiunea conduce la succes s-au văzut pe sine ca fiind mai extravertiţi şi au ales mai multe trăsături legate de extraversiune decât trăsături legate de introversiune.

Aceste două exemple demonstrează că subiecţii pot fi modelaţi din perspectiva axei extraversiune – introversiune atât la nivel atitudinal, cât şi comportamental. Important este ca profesorii să se preocupe mai mult de dinamica personalităţii copiilor, să aleagă procedeele capabile să stimuleze şcolari diferiţi între ei (sub raportul aptitudinilor şi al personalităţii) pentru a obţine adevărata măsură a talentelor lor (Eysenck şi Eysenck, 1999, pp. 194-196).

Concluzionând, atât şcoala, cât şi familia pot creşte sau diminua încrederea în sine a copiilor, creativitatea şi dezvoltarea aptitudinilor, talentul sau pasiunile acestora. Personalitatea viitorului adult este determinată, în mare măsură, de modul în care părinţii înţeleg să-l educe şi să-l formeze. Din acest punct de vedere, nu pare exagerată ideea potrivit căreia fiecare părinte are copilul pe care şi-l merită.

Capitolul II

Prietenia din perspectiva dezvoltării umane în creuzetul interacţiunii psihosociale

Laurenţiu Mitrofan

II.1. Particularităţi şi metamorfoze ale relaţiei de prietenie la copii

Care sunt originile prieteniei? Cum se manifestă ea, ce particularităţi are şi ce metamorfoze comportă de-a lungul diferitelor perioade de vârstă? Cum pot fi studiate relaţiile de prietenie din perspectiva dezvoltării umane? Iată câteva întrebări cărora vom încerca să le răspundem în acest capitol.

Relaţiile de prietenie din timpul copilăriei sunt privite prin prisma diferitelor gesturi pe care copiii respectivi le fac unii faţă de alţii (de exemplu, le place să se atingă, să se privească, să-şi vorbească, să-şi dea şi să primească lucruri unul de la altul). Pentru ca doi copii să fie consideraţi prieteni, ei trebuie să facă astfel de gesturi unul faţă de celălalt mai frecvent decât faţă de ceilalţi copii.

Astfel de abordări ale conceptului de prietenie au la bază teoriile sociometrice (Moreno, 1934). Prietenii sunt acele persoane care se caută reciproc în mod spontan; mai mult decât atât, ei fac acest lucru fără să existe o presiune din exterior care să-i împingă unul spre celălalt.

În ceea ce-i priveşte pe copiii de vârstă şcolară şi pe adulţi, relaţiile de prietenie dintre aceştia pot fi cel mai bine studiate în cadrul unor interviuri.

Mijloacele sociometrice pot fi, de asemenea, folosite pentru identificarea relaţiilor de prietenie dintre copii (Hyde şi York, 1988).

Pentru cei mai mulţi, o relaţie de prietenie presupune mai mult decât diferite activităţi desfăşurate împreună. Există o reacţie diferită la despărţire între prieteni, spre deosebire de celelalte persoane din jurul lor. În cazul despărţirii a doi prieteni se constată că atât activitatea lor, cât şi trăirile personale sunt afectate. Starea lor emoţională se schimbă şi apare nevoia de a-l vedea pe celălalt. Între prieteni există această dorinţă de a petrece timp împreună, fără o presiune de ordin biologic sau social care să o motiveze în vreun fel. De asemenea, oamenii folosesc categorii lingvistice diferite atunci când fac referire la relaţiile lor de prietenie. Concepte cum ar fi „prieten", „a plăcea" sau „duşman" reprezintă diferite dimensiuni ale prieteniei. Mai mult, în cazul unor adulţi, relaţia de

prietenie este mult mai complexă decât toate celelalte tipuri de relaţii interumane în care aceştia sunt implicaţi (Kelley, 1955). Din păcate, originea sistemului conceptual care defineşte acest tip de prietenie este necunoscută, precum şi relaţia dintre componenta socială şi legătura de prietenie respectivă. Este însă evident că există o legătură între concepţia individuală asupra prieteniei şi modul în care se formează, se menţine şi se încheie o relaţie de prietenie.

Astfel, se pot distinge *trei componente ale unei relaţii de prietenie*:

a) un tip de comportament diferenţiat al unuia în prezenţa celuilalt;
b) un tip diferenţiat de desfăşurare a activităţii în absenţa aceleiaşi persoane;
c) o activitate conceptuală relevantă pentru această relaţie.

Prin urmare, studierea în profunzime a ceea ce înseamnă o relaţie de prietenie necesită luarea în considerare a cel puţin *trei parametri*: modul în care cei doi se caută reciproc, cum reacţionează atunci când sunt despărţiţi şi tipul de limbaj folosit în relaţiile interpersonale.

Ce se cunoaşte despre dezvoltarea relaţiilor de prietenie în copilărie, demonstrate prin dorinţa de a petrece timp împreună? Ce se cunoaşte despre modul în care copiii reacţionează atunci când sunt separaţi? Ce se cunoaşte în legătură cu concepţia despre prietenie a copiilor? Ce se cunoaşte despre rolul prieteniei în dezvoltarea concepţiei despre sine? Ce se cunoaşte în legătură cu dezvoltarea percepţiei asupra altor legături de prietenie?

Există o lipsă de cunoaştere în legătură cu toate aceste probleme.

Există, în mod deosebit, o lipsă totală de informaţie în ceea ce priveşte modul în care se comportă copiii-prieteni separaţi, precum şi concepţia despre prietenie a acestora.

Analiza sociometrică a prieteniei

Aşa cum s-a menţionat, relaţiile de prietenie sunt, în general, definite pe baza gradului relativ înalt de frecvenţă a interacţiunilor, în special a interacţiunilor „pozitive", care nu sunt direct determinate de factori externi. Astfel de relaţii au fost observate şi la anumite specii de animale, cum ar fi delfinul, câinele şi cimpanzeul (Hebb şi Thomson, 1967). În cazul acestora este vorba mai mult despre un anumit tip de comunicare cu parteneri de aceeaşi vârstă decât de o formă de ataşament.

Cunoştinţele actuale privitoare la ontogeneza relaţiilor de prietenie la oameni se limitează la problemele care apar după vârsta de trei ani.

Testele sociometrice pot prevedea cu o relativă acurateţe judecata profesorilor referitoare la identitatea celor mai buni prieteni ai copiilor.

Alte scoruri, bazate pe interviuri sociometrice cu aceiaşi subiecţi, au fost stabile pentru unele grupuri într-un interval de 20 zile, dar nu pentru toate.

Coeficienţii de fidelitate la testare şi retestare au variat între 22 (nesemnificativ) şi 74 ($p<0,001$). Coeficienţii de fidelitate în cazul unui interval de 10 zile au fost ceva mai buni, între 41 (nesemnificativ) şi 85 ($p< 0,001$).

Alte studii confirmă ipoteza conform căreia copiii preşcolari au tendinţa de a stabili un tip de interacţiune cu unii copii diferit faţă de alţii.

Cu toate acestea, relaţiile de prietenie între copiii preşcolari sunt mult diferite de cele care se stabilesc între adulţi.

În primul rând, stabilitatea alegerii este direct legată de vârsta copiilor implicaţi. În al doilea rând, această stabilitate este dependentă şi de măsura în care aceştia se cunosc.

În al treilea rând, variaţia scorurilor de la o situaţie la alta este considerabilă, deşi s-a recurs la generalizări pentru situaţii similare (Witryol şi Thompson, 1953).

Aceste abordări se bazează în special pe datele obţinute în cadrul unor interviuri. Nu există materiale/date bazate pe observaţii directe, pentru că după o anumită vârstă copiii nu pot fi urmăriţi la şcoală sau în vecinătatea casei decât în cazuri excepţionale (Barker şi Wright, 1951).

Dar când apare diferenţierea în relaţiile sociale ale copiilor? În mod sigur, aceasta apare când aceştia sunt bebeluşi. Observaţiile făcute de Lee (1973) asupra unui mic grup de bebeluşi dintr-o creşă au oferit dovezi clare ale unor diferenţieri în relaţiile sociale. Astfel de diferenţieri se bazau pe reacţii atât de atracţie, cât şi de respingere (unul din cei cinci bebeluşi, care aveau între 8 şi 10 luni, a fost în permanenţă abordat de ceilalţi, iar un altul a fost, dimpotrivă, respins). Bebeluşul preferat era „deschis, un partener adaptat social, comunicativ". Bebeluşul respins de ceilalţi era „aproape asocial în comportament [...], acesta nu se implica în comunicare/relaţionare decât dacă aceasta era iniţiată de el însuşi"(Lee, 1973, p. 258).

Nu se poate afirma cu certitudine dacă aceste diferenţieri de comportament stau la baza relaţiilor incipiente de prietenie observate. În mod clar însă, ele i-au diferenţiat pe cei doi bebeluşi de ceilalţi membri ai grupului.

În acest sens, sunt relaţiile de prietenie comune pentru toate grupurile de bebeluşi? Nu ştim. Diferenţierea care i-a marcat pe cei doi bebeluşi descrişi de Lee nu se aplică şi celorlalţi bebeluşi din grup. Pe de altă parte, manifestările de ataşament între membrii unui grup de bebeluşi nu sunt valabile în toate cazurile. Există şi grupuri în care nu pot fi detectate astfel de manifestări. Lucrarea lui Lee dovedeşte însă că cercetările trebuie să acorde atenţie şi comportamentului bebeluşilor în primii trei ani de viaţă.

Relaţiile de prietenie şi aspectele calitative ale interacţiunii sociale

Relaţiile de prietenie sunt definite prin prisma calităţii şi frecvenţei interacţiunilor sociale.

Prezenţa/Existenţa unui anumit tip de ataşament pentru o persoană nu este evidenţiată de o singură configuraţie de comportamente sociale, aşa cum, de pildă, este ataşamentul faţă de mamă (Masters şi Wellman, 1974). În general însă, un astfel de comportament - de prietenie - include altruism, simpatie, dorinţa de a ajuta, empatie, sentimente împărtăşite şi de cealaltă persoană.

Datele prezentate de Lee (1973) dovedesc această reciprocitate. Se cunosc însă puţine lucruri despre altruismul şi empatia care se manifestă la copiii preşcolari. Până la vârsta de 4-5 ani, aşa-numiţii copii „populari" sunt mai deschişi, mai cooperanţi şi mai atenţi la cerinţele celorlalţi decât copiii mai puţin populari (Hartup, Glazer şi Charlesworth, 1967 ; Lippit, 1941 ; Moore, 1967). Alte studii arată că *astfel de caracteristici rămân corelate cu popularitatea persoanei în timpul copilăriei şi adolescenţei*, deşi n-a putut fi stabilită o legătură strânsă între empatia socială şi popularitate (Hartup, 1970).

Dar toate aceste date nu răspund la întrebarea fundamentală: interacţiunea dintre doi prieteni presupune reciprocitate, empatie şi dorinţa de a ajuta? Relaţia de prietenie presupune altruism? Putem găsi forme primitive de reciprocitate şi empatie la bebeluşi?

S-a spus de multe ori că empatia şi spiritul de cooperare nu fac parte din capacităţile cognitive ale unui bebeluş (Mandry şi Nekula, 1939). Afirmaţia poate fi adevărată, dar la fel de bine se poate ca numai formele mature de manifestare a altruismului şi a spiritului

de cooperare să lipsească din comportamentul unui copil foarte mic. Există anumiţi „precursori" a ceea ce numim altruism, cum ar fi tendinţa de a oferi anumite obiecte unor persoane sau dorinţa de a împărţi ceea ce are, comportamente ce se manifestă la vârste foarte mici (Aronfreed, 1970). Astfel, se simte nevoia de a cerceta mai îndeaproape, din acest punct de vedere, comportamentul copiilor de vârste foarte mici. O astfel de cercetare necesită procedee de observare extrem de sofisticate, precum şi metode de analiză a datelor. De asemenea, este necesar un studiu al secvenţelor de comportament atât în termeni topografici, cât şi temporali.

Aceste tehnici, aplicate la copiii de vârste foarte mici, ar duce la o mai bună înţelegere sociometrică a modului în care apare ataşamentul între aceşti copii.

Despărţirea de prieteni

Copiii de vârste mici reacţionează la despărţirea de prietenii de vârsta lor la fel ca la despărţirea de adulţi. Părinţii constată că, în acest caz, copiii lor devin „morocănoşi", „deprimaţi" sau „fără chef de nimic". De asemenea, le dispare apetitul pentru joacă. E greu de spus dacă scăderea interesului pentru joacă este rezultatul frustrării pe care copilul o resimte faţă de despărţirea de prieten sau dacă starea sa depresivă este cauzată de lipsa unui tovarăş de joacă. Despărţirea de prietenii de aceeaşi vârstă poate provoca un sentiment de disperare similar celui produs de despărţirea de mamă. Fenomene identice s-au constatat şi în cazul anumitor specii de animale. Nissen (1951) observa că cimpanzeii pot deveni trişti şi neliniştiţi când un vechi companion este îndepărtat.

Trebuie menţionat că reacţiile la separarea de prieteni sunt extrem de diverse. S-a constatat, de exemplu, că o fetiţă de 2 ani era extrem de atrasă de un băieţel de aceeaşi vârstă. Copiii căutau să fie zilnic unul cu celălalt, se numeau prieteni, iar când familiile din care făceau parte cei doi s-au despărţit, s-a văzut clar că fetiţa suferă din această cauză. Ea vorbea despre băieţel, era preocupată de el, îi scria scrisori (cu ajutorul mamei). Cu toate acestea, cele două surori mai mari ale fetiţei nu avuseseră niciodată un astfel de comportament, deşi şi acestea fuseseră separate de prieteni apropiaţi încă de mici copii. Prin urmare, nu toţi copiii reacţionează la despărţirea de prieteni. Se simte însă clar nevoia de a avea probe bine documentate în ceea ce priveşte incidenţa şi persistenţa reacţiilor copiilor la despărţirea de prieteni, cum ar fi frecvenţa reacţiilor afective de depresie, scăderea interesului pentru joacă şi schimbările în comportamentul explorator al copilului. Numai în acest mod se poate stabili dacă tristeţea provocată de despărţire este la fel de puternică în cazul relaţiilor între copii ca şi cea provocată de despărţirea de un părinte.

Reacţiile la despărţire pot fi mai frecvente şi mai intense atunci când copilului îi este restricţionat accesul la anumite obiecte de care s-a ataşat sau când acesta este despărţit de mama sa. Legat de această problemă, există date care se referă la comportamentul unor animale. S-a observat că animalele tinere care au petrecut prima perioadă din viaţă lângă mama lor, fie în mediul natural, fie în laborator, suportă greu despărţirea de un companion cu care sunt închise un timp într-o cuşcă (McKinney, Suomi şi Harlow, 1972; Boudeu şi McKinney, 1972). Reacţiile acestora la separare se manifestă prin creşterea tendinţei de a se mişca şi a explora, dar nu există semne de disperare. În cazul maimuţelor care nu au stat în preajma mamelor, reacţiile la despărţire sunt diferite (Hinde, 1974). Acele maimuţe care au stat cu un companion în cuşcă de la naştere îl vor prefera altuia din afară sau vor refuza să intre într-o cuşcă goală (Harlow, 1969). În plus, s-au constatat şi semne de depresie la aceste maimuţe în cazul separării (Suomi, Harlow şi Domek, 1970).

Lucrurile par a fi similare şi pentru comportamentul copiilor, dar dovezile în acest sens se limitează la un singur studiu de caz – raportul elaborat de Freud şi Dann (1951) cu privire la comportamentul social a şase copii ai căror părinţi au fost ucişi în lagărele de concentrare. Aceşti copii au trăit în strâns contact unul cu celălalt. Ei au fost descrişi în felul următor: „Singura lor dorinţă era de a fi împreună, deveneau trişti când erau separaţi, chiar şi pentru scurt timp. Nici unul nu accepta să meargă la plimbare sau la cumpărături fără ceilalţi. Dacă i se propunea aşa ceva refuza clar, iar ceilalţi din grup prezentau manifestări de nelinişte" (Freud şi Dann, 1951, p. 131). Este de notat că aceşti copii au suferit o despărţire timpurie de părinţii lor şi, în general, de alţi adulţi.

Studiile care se ocupă de *viaţa de grup a adolescenţilor arată că aceştia se simt mai atraşi unul de celălalt în cazurile în care sunt nemulţumiţi de viaţa lor de familie.* M. Sherif şi C.W. Sherif (1964) arată: „Cu cât este mai mare solidaritatea unui grup – dovedită de păstrarea secretelor –, cu atât mai mari sunt eforturile făcute de membrii grupului pentru a fi împreună. Legăturile dintre membrii grupului se bazează nu atât pe apropierea ca vârstă, cât pe această solidaritate" (Sherif şi Sherif, 1964, p. 242).

Iată un studiu ce vizează indicele efortului de a menţine prietenia corelat cu variabila solidarităţii. În acest studiu, se prezintă distanţa pe care băieţii sunt gata să o parcurgă între casele lor şi locurile lor de întâlnire.

Membrii unui grup extrem de unit au parcurs pe jos o suprafaţă mai mare de 100 de blocuri de oraş, chiar dacă unul dintre băieţi mărturisea că el a renunţat la şcoală pentru că era prea departe de casă. Astfel, *efortul pe care copiii îl fac pentru a fi împreună este mai mare atunci când aceştia au un contact limitat cu părinţii.* Această ipoteză necesită cercetări şi studii în continuare. Dovezile în acest sens pot fi însă uşor obţinute prin compararea înregistrărilor înfăţişând copii abandonaţi cu cele ale unor copii care au relaţii nesănătoase cu părinţii lor.

Aşa cum s-a arătat, reacţia unui copil la separarea de un prieten este mai puţin intensă decât reacţia la separarea de mamă. Aceasta este, probabil, şi cauza pentru care s-a acordat atenţie diferită celor două tipuri de despărţiri, literatura de specialitate ocupându-se în special de reacţiile la despărţirea de mamă. Cu toate acestea, studii recente confirmă clar importanţa contactelor foarte timpurii între copii pentru evoluţia lor viitoare în ceea ce priveşte gradul de socializare. Prin urmare, *există motive să credem că experienţa de a fi despărţit de un prieten, trăită de un copil, merită toată atenţia cercetătorilor.*

Ce probleme ar trebui studiate? Mai întâi, diferenţele individuale în ceea ce priveşte reacţia la despărţire trebuie privite prin prisma experienţei anterioare a celor vizaţi. Este tristeţea resimţită de un subiect rezultatul interacţiunii anterioare cu obiectul ataşamentului său? Reacţiile la despărţire sunt mai des întâlnite atunci când în experienţa anterioară a copilului au existat puţine prietenii? În acest caz reacţiile sunt diferite calitativ? În ce măsură despărţirea de prieten este cauza tristeţii copilului? Care este legătura dintre reacţiile copilului la despărţirea de un prieten şi relaţiile sale anterioare de ataşament (de exemplu, cu mama)?

Limbajul prieteniei

Problema limbajului prieteniei a fost neglijată de psihologia dezvoltării, deşi date recente arată că modul în care copiii vorbesc despre prieteniile lor se schimbă pe măsură ce aceştia cresc. În special, nu se ştie nimic despre originile concepţiilor despre prietenie ale copiilor.

Majoritatea studiilor empirice care se ocupă de relaţia dintre limbaj şi prietenie au avut în vedere copiii în vârstă de peste 6 ani şi adolescenţi, deoarece este extrem de dificil de obţinut eşantioane de limbaj de la preşcolari. Ar fi interesant totuşi de studiat modul în care capacitatea copilului de a vorbi foarte de timpuriu se corelează cu relaţiile sale de prietenie.

În această discuţie, se au în vedere două probleme:

a) natura sistemului conceptual folosit de copil în ceea ce priveşte relaţiile sale de prietenie şi aspectele legate de dezvoltarea sa;
b) conţinutul descrierilor făcute de copil prietenilor lui.

Toate studiile arată faptul că există o transformare în limbajul prieteniei pe măsură ce copilul se maturizează. De exemplu, aceste schimbări se produc ca rezultat al reciprocităţii în comunicarea interpersonală, precum şi al creşterii capacităţii de a face diferenţa între persoane şi mediul înconjurător. Există un număr destul de mare de cercetări referitoare la această problemă (Hill şi Palmquist, 1974; Livesley şi Bromley, 1973; Rosenberg şi Sedlak, 1972).

În ceea ce priveşte schimbările comportamentale în descrierile făcute de copii altor persoane, cele mai bine documentate sunt următoarele:

a) creşterea flexibilităţii şi preciziei în folosirea acestor categorii descriptive;
b) creşterea, o dată cu vârsta, a numărului de categorii descriptive folosite;
c) creşterea complexităţii şi organizării informaţiilor şi ideilor;
d) creşterea capacităţii de analiză şi interpretare a comportamentului altei persoane;
e) creşterea capacităţii de a folosi calificări subtile şi termeni de legătură (Livesley şi Bromley, 1973).

Poate că cel mai valoros studiu privitor la aceste schimbări, aşa cum apar în contextul unei legături de prietenie, a fost cel al lui Peevers şi Secord (1973). În cadrul acestui studiu au fost examinate patru dimensiuni conceptuale care au apărut în „descrierile libere" făcute unor prieteni sau persoane nesimpatizate de către copii de grădiniţă, şcolari, adolescenţi şi studenţi. Acestea sunt:

a) *capacitatea de a descrie* – volumul de informaţii referitoare la persoana respectivă privită individual;
b) *implicarea personală* – măsura în care subiectul se implică emoţional în descrierea făcută;
c) *consistenţa evaluării* – măsura în care în descrierea aceluiaşi individ sunt incluse atât descrieri pozitive, cât şi negative;
d) *profunzimea* – măsura în care se recunoaşte condiţionarea caracteristicilor personale de către situaţie, timp sau condiţie internă a individului.

Cercetările au arătat următoarele:
- şcolarii şi adolescenţii îşi descriu atât prietenii, cât şi pe cei care nu le sunt prieteni folosind frecvent termenii de diferenţiere („îi place fotbalul, la fel ca şi mie");
- copiii de vârste mai mari şi-au manifestat implicarea personală într-o măsură mai mare decât cei mai mici;

- cea mai mare consistenţă în evaluare s-a manifestat la copiii şcolari (între clasa a III-a şi a VII-a), mai mare decât la copiii de grădiniţă sau elevii de liceu;
- subiecţii de vârste mai mari recunosc vicisitudinile temporale şi situaţionale în descrierile pe care le fac.

Datele oferite de Peevers şi Secord (1973) arată, de asemenea, diferenţe izbitoare între modul de referire al subiecţilor la prieteni şi la cei care nu le sunt prieteni. În primul rând, pentru descrierea persoanelor care nu le erau prieteni s-au folosit mult mai puţini itemi decât pentru descrierea prietenilor. Cea mai mare discrepanţă în numărul itemilor folosiţi a apărut la adolescenţi; o diferenţă mai mică în aceeaşi direcţie aparela copiii preşcolari. Cu excepţia copiilor preşcolari, persoanele străine erau descrise în termeni cu un grad redus de diferenţiere (*he is mean* – este meschin). În al doilea rând, persoanele străine erau descrise într-un mod mai egocentric decât prietenii. În al treilea rând, nu au existat diferenţe în consistenţa descrierii prietenilor şi străinilor. În al patrulea rând, profunzimea descrierii celor două categorii, prieteni şi străini, a fost aceeaşi.

Într-un studiu al lui Livesley şi Bromley (1973) apar date similare cu cele expuse mai sus. În această cercetare au fost investigaţi 320 de copii cu vârste cuprinse între 7 şi 15 ani. S-a pus accentul pe deosebirile care apar între modalităţile de descriere a prietenilor şi a străinilor, indiferent de vârstă. În cazul băieţilor, această diferenţă a apărut atât la descrierile copiilor, cât şi ale adulţilor, dar în cel al fetelor, diferenţa a existat în descrierile adulţilor. Rezultate similare au fost obţinute într-un studiu de Supnick (1964). La trei grupe de băieţi, a căror medie de vârstă era cuprinsă între 6,9 şi 10 ani, li s-a cerut să descrie un băiat şi o fată care nu le plăcea. S-a constatat o îmbogăţire a vocabularului pe măsură ce subiecţii înaintau în vârstă, precum şi o trecere de la descriptori concreţi şi egocentrici la descriptori mai abstracţi şi nonegocentrici. În plus, s-a constatat folosirea unui număr mai mare de construcţii lexicale pentru descrierea băieţilor decât a fetelor (Livesley şi Bromley, 1973). De exemplu, cele două grupe de subiecţi cu vârste mai înaintate au folosit mai multe construcţii pentru descrierea băieţilor care le plăceau decât pentru descrierea celor de care nu le plăcea, deşi toate grupurile au realizat descrieri mai elaborate în cazul fetelor care le plăceau faţă de celelalte. La rezultate similare a ajuns şi Bigelow (1974).

Aceste date indică faptul că sistemul conceptual aplicat relaţiilor de prietenie diferă de sistemul conceptual folosit pentru o relaţie de neprietenie.

S-a emis ipoteza că acest lucru derivă din faptul că au existat tipuri diferite de interacţiune cu cele două categorii de indivizi. Mulţi cercetători consideră că tipurile de experienţe pe care copiii le au cu prietenii sunt mult mai variate decât cele pe care le au cu duşmanii, ipoteză care ar explica descrierea mai elaborată a primilor – există mai multe „fapte" la care să se facă referire. În ceea ce priveşte diferenţele datorate vârstei, acestea derivă din dezvoltarea cognitivă generală a individului, precum şi din experienţele de viaţă specifice fiecăruia.

Se ştie foarte puţin despre sistemul conceptual folosit de copiii preşcolari pentru descrierea unor relaţii de prietenie incipiente. Flavell (Kreutzer, Leonard şi Flavell, 1975) şi alţii au constatat că, printr-o observare atentă, se pot sesiza şi la aceştia deprinderi sociale rudimentare. Nu se poate afirma cu certitudine că până la vârsta de 6 ani copiii nu au un limbaj distinct al prieteniei deoarece nu au putut fi obţinute date relevante în acest sens. Mulţi copii de 3 ani vorbesc des despre prieteni şi, uneori, chiar şi despre duşmani.

Prin folosirea tehnicilor de interviu bazate pe obligativitatea unei alegeri sau a tehnicii de evaluare cu un înalt nivel de structurare se pot obţine date interesante (de exemplu, „enumeră toate lucrurile pe care prietenul tău le face cu plăcere" sau „cum arată prietenul tău?").

Care sunt termenii folosiţi de copii pentru a vorbi de prietenia lor?

Într-un studiu mai vechi al lui Austin şi Thompson (1968) se arată că elevii din clasa a VI-a subliniază atributele care ţin de personalitate (de exemplu, „curajos", „bun", „loial" şi „sincer"). Acestea constituie 53,3% dintre motivele pentru care o persoană este considerată prietenă. Frecvenţa întâlnirilor şi asemănarea în ceea ce priveşte gusturile stau la baza a 22% dintre motive; caracterul prietenos – 12%; abilităţile proprii – 7%. Sfârşitul unei prietenii a fost explicat de copii printr-o varietate de motive, cele mai multe ţinând de modul de comportament.

Într-un studiu din 1974, Bigelow a prezentat descrierile libere ale unor prieteni, obţinute de la 960 de copii canadieni şi scoţieni cu vârste cuprinse între 5 şi 14 ani. 11 dintre cele 21 de categorii investigate au apărut mai frecvent în descrierile prietenilor făcute de copiii mai mari decât în cele ale copiilor mai mici. S-au avut în vedere: prietenul (cel care oferă ajutor), durata prieteniei, asemănarea, participarea la activităţi comune, evaluările pozitive făcute prietenului, admiraţia faţă de caracterul acestuia, acceptarea, loialitatea, sinceritatea, preocupările comune şi potenţialul de a deveni intimi. Alte categorii importante de descriptori, aproximativ 10,8% dintre toţi descriptorii folosiţi, au fost reciprocitatea simpatiei şi capacitatea de a oferi sprijin. Interesant în aceste rezultate este faptul că reciprocitatea simpatiei nu reprezintă un descriptor dependent de vârsta copiilor. Probabil că schimbările într-o prietenie, legate de vârstă, au mai mult un caracter calitativ decât afectiv.

Relativ recent, Livesley şi Bromley (1973) au prezentat rezultatele unor analize de conţinut aplicate descriptorilor interpersonali prezentaţi în studiul menţionat anterior. În primul rând, nu au găsit nici o diferenţă în folosirea conceptelor psihologice pentru descrierea persoanelor simpatizate şi a celor nesimpatizate. În al doilea rând, au descoperit că unele atribute ale personalităţii, abilităţile intelectuale, realizările, preferinţele/aversiunile, interesele, rolurile sociale, frecvenţa asocierilor şi comparaţia cu propria persoană au fost folosite mai frecvent pentru a descrie persoanele simpatizate decât pentru celelalte. Pe de altă parte, referirile la înfăţişare, incidente reale, inconsecvenţă în comportament, relaţiile cu ceilalţi, precum şi opinia subiectului despre propria persoană au fost mai des folosite pentru a descrie persoanele nesimpatizate decât pentru cealaltă categorie. Au existat diferenţe determinate de vârstă în folosirea mai multor descriptori, dar nu s-a putut constata o interacţiune între vârstă şi relaţia de prietenie cu persoana descrisă. Cu alte cuvinte, conţinutul descrierii făcute unui prieten a fost diferit de cel al descrierii unui străin pentru toate vârstele. Aşa cum am mai arătat, termenii folosiţi de copiii mai mari ca vârstă sunt mai abstracţi şi mai diferenţiaţi decât ai celor de vârste mai mici.

Următorul fragment dintr-un studiu al lui Livesley şi Bromley (1973 *apud* Hartup, *The Origins of Friendship*, 1992) ilustrează principalele tendinţe în descrierea prietenilor, rezumate în cele ce urmează. O fetiţă de 6-7 ani descrie astfel un băieţel de care îi place: „Max stă lângă mine, are ochi căprui şi este înalt. Nu are un cap foarte mare, are un nas lung şi ascuţit". O fetiţă de 8-9 ani descrie băiatul de care îi place în felul următor: „Charles îmi este un fel de văr. Îi place să se uite la televizor şi să meargă cu bicicleta. Locuieşte

în Preston. Uneori se poartă bine, alteori nu. Îi place să se uite la televizor şi să mănânce dulciuri". O fetiţă de 14 ani descrie astfel o altă fetiţă care îi place: „Nu este cu mine în clasă. E foarte tăcută şi liniştită, nu vorbeşte cu o persoană decât dacă o cunoaşte bine. E deşteaptă, prima în clasa ei. Pare foarte rezervată, dar o dată ce ajungi să o cunoşti, descoperi exact contrariul... Unul dintre lucrurile pe care le admir la ea e că este foarte ordonată".

S-a constatat că există un limbaj al prieteniei înaintea vârstei de 6 ani, dar despre acesta nu se ştie aproape nimic. Nu ştim cum vorbesc preşcolarii despre relaţiile lor cu prietenii sau cu cei care nu le plac.

În afară de limbajul folosit pentru descrierea prietenilor şi a străinilor, copiii folosesc, de asemenea, un anumit limbaj în cadrul relaţiei de prietenie pe care o au. Prin urmare, o atenţie deosebită ar trebui acordată transformărilor din limbajul copiilor în timpul interacţiunii cu prietenii lor. De exemplu, se ştie că agresiunea verbală tinde să crească o dată cu vârsta. În ultimii 25 de ani însă, s-a demonstrat că limbajul are o funcţie instrumentală mai directă în timpul unei interacţiuni agresive între copiii mai mici ca vârstă (Hartup, 1974). Aceste descoperiri arată că schimbările comportamentale legate de interacţiunile sociale ale copiilor pot fi pe deplin înţelese numai analizând limbajul acestora. Acest adevăr evident a fost însă ignorat multă vreme de cercetători.

Concluzii

Majoritatea cercetărilor asupra relaţiilor de prietenie au în vedere o singură problemă: în ce măsură aceste relaţii ajută la dezvoltarea competenţelor acelui copil?

Studiile mai recente s-au concentrat asupra impactului pe care aceste relaţii îl au asupra abilităţilor sociale, asupra limbajului, competenţelor intelectuale şi dezvoltării morale a copilului (Hartup, 1992). Alte cercetări au privit relaţia de prietenie ca pe o variabilă.

Evident că cele trei categorii de comportament evidenţiate aici – *comportamentul de abordare*, *comportamentul de separare* şi *limbajul* – nu acoperă toate faţetele relaţiei de prietenie. De exemplu, un fenomen interesant, referitor la *prietenul imaginar*, nu a fost menţionat în paginile precedente. Manosevitz, Prentice şi Wilson (1983) arată că înaintea studiului lor nu au existat decât şase alte studii cu privire la prietenul imaginar. În studiul lui Manosevitz se pune în evidenţă faptul că preşcolarii care au avut un prieten imaginar, după spusele părinţilor lor, sunt: a) primii născuţi; b) cei care iniţiază jocuri; c) cei cărora le plac jocurile „zgomotoase"; d) cei care participă la activităţile casnice împreună cu membrii familiei; e) copiii cărora le place să interacţioneze şi să vorbească cu persoane adulte.

Probabil că nu există o corespondenţă directă între relaţiile de prietenie reale (sau lipsa acestora) ale unui copil şi prietenii din imaginaţia lui, dar este puţin probabil ca între cele două tipuri de relaţii – imaginare şi reale – să nu existe nici o legătură.

O altă problemă care se pune este: ce diferenţă există între dezvoltarea socială ulterioară a unui copil care a avut relaţii de prietenie foarte de timpuriu şi a celui care nu a avut astfel de relaţii?

Se ştie că acei copii care se bucură de popularitate sunt diferiţi de cei nepopulari (Hartup, 1970); de asemenea, copiii sociabili sunt diferiţi de cei nesociabili (Bronson, 1966). Argumentele în favoarea celor două afirmaţii sunt evidente şi nu necesită acum o recapitulare. Este important totuşi de înţeles că unele corelaţii legate de popularitate nu pot fi folosite ca punct de plecare pentru a explica existenţa unei relaţii de prietenie timpurii.

În concluzie, vrem doar să subliniem că domeniul comportamental a ceea ce se numeşte „prietenie" este extrem de vast. Abordările sociometrice tradiţionale oferă informaţii numai despre anumite faţete ale fenomenului, iar de aceea, pentru a înţelege pe deplin originile prieteniei, trebuie să folosim conceptualizări pluraliste, precum şi metodologii ingenioase.

II.2. Cum începe o relaţie de prietenie? Câteva cercetări actuale

Reţeaua socială

Luaţi în considerare următoarele trei exemple de comportament social al unor copii:

1. Doi copii de patru ani joacă un joc în care fiecare încearcă să desfăşoare un şarpe de hârtie mai mare decât celălalt. Aleargă prin cameră, fiecare cu şarpele lui. În cameră intră frăţiorul de un an al unuia dintre ei şi încearcă să intre şi el în joc, dar nu reuşeşte. Băieţelul devine frustrat şi începe să plângă. În acest moment, fratele mai mare îi dă un cuţit şi îi arată cum să taie şerpii din hârtie făcuţi de ceilalţi copii.
2. O mămică realizează că nu a mai auzit-o de jumătate de oră pe fetiţa ei de doi ani şi pe vecina (prietena) acesteia. Ea urcă încet până la camera fetiţei şi ascultă la uşă. Le aude pe fetiţe vorbind în şoaptă şi râzând. Deschizând uşa, le vede pe cele două fetiţe în pat, sub pături, fără haine pe ele. Fetiţele nu au auzit-o, aşa că mămica le priveşte cum se joacă. Pentru mamă nu este clar ce fac copiii. Joaca are sens numai pentru cei doi copii.
3. Venind acasă de la serviciu, un tată are următoarea conversaţie cu fiul de patru ani:

Fiul: – Tată, ştiai că Dumnezeu este o femeie cu multe braţe?
Tatăl: – Nu există Dumnezeu. Cine ţi-a spus aşa ceva?
F.: – Ba există. Aşa mi-a spus Linda. (*Linda este prietena cea mai bună a copilului de aproximativ doi ani de zile. Locuieşte în vecini, iar cei doi îşi petrec tot timpul împreună.*)
T.: – Linda nu are dreptate.
F.: – Linda este mai mare decât mine şi ea ştie mai bine. (*Linda are şase ani.*)
T.: – Iar eu sunt mai mare decât Linda, da?
(*Pauză lungă.*)
F.: – Nu contează. Aşa mi-a spus ea. (Hartup, 1992)

Aceste exemple demonstrează că încă de la vârste foarte mici copiii stabilesc între ei legături ce prezintă toate caracteristicile unei relaţii de prietenie.

Părinţii descoperă că relaţiile pe care copiii lor le stabilesc cu alţi copii pot constitui într-o oarecare măsură o ameninţare pentru dominaţia intelectuală şi socială asupra copiilor lor.

Omul este, prin natura sa, o fiinţă socială. Chiar de la început, omul devine parte a unei reţele sociale. Această reţea devine contextul în care se va dezvolta personalitatea sa. Asimilarea, acomodarea şi dezvoltarea structurilor sale trebuie să aibă loc în acest context. Deşi se pot specifica trăsăturile cognitive ale acestei reţele (Piaget a făcut acest lucru), atenţia noastră se va îndrepta asupra caracteristicilor sociale ale acesteia. Vom lua în considerare reţeaua persoanelor care sunt în jurul lui încă de la naştere, această interacţiune socială fiind vitală chiar şi pe plan cognitiv.

Deşi toţi copiii învaţă trăsăturile formale ale unei limbi, trebuie să ne amintim că limba caracteristicilor sociale este cea care îi înconjoară. Mai mult, simbolurile activităţii intelectuale vor fi comune tuturor membrilor acestei reţele sociale care îi înconjoară (Levi-Strauss, 1966). Astfel, nu numai dezvoltarea socială a copilului va fi influenţată de această reţea, ci şi intelectul său (calităţile minţii sale) va fi într-o mare măsură o funcţie a acestui contract.

Încă de la naştere, relaţiile sociale ale copilului sunt bogate şi variate; ele pot fi de lungă sau scurtă durată, pot fi creative sau nu, pot implica sentimente mai mult sau mai puţin profunde. Aceste relaţii sociale îşi schimbă forma, funcţia şi sentimentele pe parcursul dezvoltării ontogenetice, dar reţeaua socială pe care o constituie este parte esenţială a vieţii încă de la începuturile ei. Din păcate, varietatea acestor relaţii a fost total ignorată în cazul copiilor de vârste foarte mici. S-a considerat că intimitatea socială are ca centru relaţia mamă – copil şi atât. Relaţiile copilului cu ceilalţi membri ai familiei sau cu prieteni şi cunoscuţi au fost considerate inexistente sau lipsite de importanţă. Este clar că adulţii, în calitate de adulţi, de educatori sau oameni de ştiinţă nu au reuşit să ia în considerare toate aceste împrejurări.

În primul studiu pe care îl vom discuta (Peers, *Parents and People*, 1990) s-a căutat să se afle câţi copii de vârste foarte mici au participat la jocul în grup într-un cadru formal sau informal. Spre surpriza noastră, numai 22% dintre cei 32 de copii de un an (în cadru formal) şi 28% dintre cei 32 de subiecţi au participat (în cadru informal) la jocuri. Mai mult, în timpul culegerii de date pentru cel de-al doilea studiu (*Prieteni şi străini*) mamele au fost întrebate dacă copiii lor, în vârstă de 1 an, au prieteni de joacă „permanenţi". Prin cuvântul „permanent" s-a înţeles un tovarăş de joacă cu care să se întâlnească cel puţin o dată pe săptămână. Numai 15-20% dintre cele 70 de mame intervievate au răspuns că bebeluşii lor au un minim de contact social. Acest lucru are o importanţă deosebită dacă avem în vedere faptul că aceşti copii erau primii născuţi şi nu aveau alţi fraţi.

Se pare că o mare parte a părinţilor care au copii de până la un an şi jumătate nu încurajează contactul social al copiilor lor cu alţi copii de aceeaşi vârstă. De asemenea, în literatura de specialitate găsim numeroase studii despre relaţia părinte – copil, dar foarte puţine fac referire şi la relaţia copil – copil până la vârsta de doi ani.

De ce se întâmplă acest lucru este greu de spus. Se pare că un motiv ar fi neîncrederea faţă de capacitatea unui copil de această vârstă de a avea sentimente de dragoste sau prietenie. Cauza acestei neîncrederi se bazează pe două curente tradiţionale dominante: cel psihanalitic şi cel al lui Piaget.

Curentul psihanalitic subliniază relaţia copilului cu părinţii ca fiind sursa dezvoltării sale social-emoţionale.

J. Piaget (1951) subliniază caracterul egocentric al structurii cognitive, care poate fi interpretat ca o frână pentru abilitatea copilului de a interacţiona cu cei din jur.

Alte studii care au investigat comportamentul social al copiilor foarte mici, dar nu au avut rigoarea necesară (Bridges, 1933; Buhler, 1933; Mandy, Nekula, 1939), au arătat că aceşti copii nu sunt foarte interactivi, iar atunci când există interacţiune, aceasta este negativă. Însă în aceste studii subiecţii investigaţi erau instituţionalizaţi şi, în general, plasaţi în situaţii artificiale. Mai mult, în studiile menţionate, categoriile comportamentale erau foarte superficial definite şi, în plus, nu exista o bază de observare. În general, aceste cercetări ne prezintă copilul la vârste foarte mici ca fiind asocial şi antisocial. Nici studiile

care s-au ocupat de copii ce cresc împreună în diferite colectivităţi (din familii în care ambii părinţi lucrează) nu oferă date relevante. Marcus (1971), care face o trecere în revistă a cercetărilor referitoare la copiii mici crescuţi în kibbutz, nu sprijină ideea interacţiunii între copiii foarte mici. Numai Spiro (1958) are nişte observaţii cu totul întâmplătoare referitoare la un tip de interacţiune pozitivă între copiii în vârstă de 10 luni.

În ultimul timp, a existat o creştere a interesului faţă de interacţiunea între copiii atât de mici (Bronson, 1974 ; Eckerman, 1973 ; Lee, 1973 ; Leussen, 1973 ; Vineze, 1971). Spre deosebire de studiile anterioare, acestea din urmă sunt mai elaborate din punct de vedere metodologic. În general, copiii observaţi în mediul familial sunt puşi în situaţii naturale, iar observarea lor se face folosind tipuri precise de comportament, clar definite şi cu un grad mare de validitate. Aceste studii au schimbat concepţiile anterioare referitoare la interacţiunea între copiii de vârste foarte mici. Impresia generală desprinsă din aceste studii este că infantul este o entitate lipsită de agresivitate (Vincze, 1971), cu o mare curiozitate socială, care îi preferă pe cei de aceeaşi vârstă adulţilor (Lemssen, 1973). S-a constatat că aceşti bebeluşi au anumite competenţe sociale (Eckerman, 1973) şi, de asemenea, s-au constatat diferenţe în comportamentul şi personalitatea bebeluşilor în timpul interacţiunii (Lee, 1973).

Totuşi, aceste studii prezintă şi diferenţe între diferite opinii şi rezultatele empirice. Dragosten şi Lee (1973) erau de părere că familiaritatea cu bebeluşii de aceeaşi vârstă s-a reflectat în creşterea agresivităţii. Acest lucru contrazice concluziile la care au ajuns Mueller şi Richs care consideră foarte profitabile contactele permanente între bebeluşi. Duafee şi Lee (1973) vorbesc despre efectele negative ale contactelor sociale timpurii între copii, în timp ce Eckerman (1973) subliniază efectele pozitive ale acestui tip de interacţiune.

Rezultatele divergente existente pot fi explicate prin diferenţele în orientările teoretice, subiecţii fiind observaţi în contexte sociale diferite, precum şi prin sisteme de observaţie diferite.

În cele ce urmează ne vom ocupa de capacitatea copilului de a stabili relaţii cu copiii de aceeaşi vârstă şi vom încerca să cercetăm natura acestor relaţii în contextul reţelei sociale în care se află copilul.

Studiul 1 : Copiii, părinţii şi oamenii din jur

Primul studiu a fost iniţiat de către Lewis, Young, Brooks şi Michalson (*apud* Hartup, 1992) pentru a observa comportamentul copilului şi relaţiile sale cu o varietate de obiecte sociale într-o cameră de joacă special amenajată. Obiectele sociale de observat au fost extrem de diverse (mama, o femeie necunoscută copilului, copii de acelaşi sex şi de sex opus care aveau aceeaşi vârstă). Au fost observate relaţiile fiecărui copil cu mama sa, cu trei femei adult (deoarece au fost alese 4 perechi copil – mamă) şi cu trei copii de aceeaşi vârstă.

Au fost observate 16 grupuri de câte 4 copii şi mamele lor. În 8 grupuri copiii au avut vârste între 12 şi 13 luni, iar în celelalte 8 grupuri vârsta lor a fost între 18 şi 19 luni. 2 bebeluşi de sex masculin şi 2 de sex feminin au fost incluşi în fiecare grup. În ceea ce priveşte clasa socială din care proveneau, nu existau diferenţe.

Perechea mamă – bebeluş trebuia să aştepte într-o cameră separată pentru a elimina posibilitatea oricărei interacţiuni înaintea experimentului propriu-zis. Fiecare mamă a primit următoarele instrucţiuni :

Veţi fi însoţită la o cameră de joacă unde toate celelalte mame şi copiii lor au sosit şi sunt gata să înceapă experimentul. Vă rugăm să citiţi următoarele instrucţiuni, în timp ce aşteptaţi să intraţi în camera de joacă:

Veţi intra în camera de joacă cu copilul dumneavoastră şi vă veţi aşeza pe scaunul marcat cu culoarea dumneavoastră, ţinând copilul în braţe. Când toată lumea e aşezată, veţi auzi o bătaie în oglindă. Acesta este semnalul pentru a pune copilul pe podea în faţa scaunului.

Vă rugăm să nu iniţiaţi nici o acţiune faţă de nici un copil, dar puteţi răspunde la interacţiunea iniţiată de copii, dacă aceasta există. De exemplu, dacă un copil vă vorbeşte, îi puteţi răspunde, dacă vă oferă o jucărie, vă puteţi juca cu ea.

Este posibil să apară interacţiuni între copii sau ca unul dintre ei să dorească să ia jucăria altuia, un lucru normal pentru vârsta lor. Vă rugăm să nu interveniţi nici în acest caz decât dacă aveţi certitudinea că bebeluşul dumneavoastră nu este în siguranţă. În acest caz îl puteţi lua în braţe din nou şi apoi îl reaşezaţi pe podea în faţa dumneavoastră. Şedinţa de joacă va dura 15 minute, iar noi vă vom anunţa când se va termina.

Fiecărei mame i s-a cerut să prindă două cartonaşe colorate pe umerii copilului ei pentru ca acesta să poată fi identificat în grupul de joacă. Mamele şi copiii au fost conduşi într-o cameră de joacă cu o suprafaţă de 3,7×4,3 metri în care se aflau două oglinzi de observaţie unidirecţionate.

Camera conţinea diverse jucării. Fiecare mamă se aşeza pe un scaun marcat cu aceeaşi culoare ca şi a copilului. Scaunele erau astfel aşezate, încât pentru fiecare copil se aflau la distanţă egală un copil de acelaşi sex şi unul de sex opus.

Când se auzea bătaia din spatele oglinzii, fiecare copil era aşezat pe podea, liber să se mişte în cameră cum dorea.

Fiecare grup a fost supus observaţiei din spatele oglinzii timp de 15 minute.

Patru observatori, unul pentru fiecare bebeluş, codificau din spatele oglinzilor comportamentul copiilor. În prealabil o listă a tipurilor de comportament (definite operaţional) ce urmau a fi observate şi notate la fiecare 10 secunde. Au fost codificate opt tipuri de comportament: privirea, atingerea, apropierea, zâmbetul, oferirea de jucării, primirea de jucării, loviturile, „împărţirea a ceea ce are". Primele patru erau considerate „de afiliaţie", restul erau denumite „jucării", codificarea comportamentului ce implica jucăriile fiind făcută în aşa fel încât să indice dacă un copil a iniţiat comportamentul respectiv (1) sau a fost beneficiarul acestuia (2). Astfel, s-au putut separa două situaţii: când copilul accepta jucăria oferită de alt copil („acceptă jucăria") şi situaţia în care copilul înşfăca jucăria de la alt copil („ia jucăria").

În afară de codificarea comportamentelor, observatorii au codificat şi persoana (obiectul social) spre care este direcţionat comportamentul: mama, un alt adult sau unul dintre copii. În plus, s-a notat şi către care dintre cei trei copii a fost direcţionat comportamentul şi frecvenţa cu care fiecare comportament codificat a avut loc.

A existat şi un al cincilea observator pentru cele 12 grupuri de joacă care a controlat validitatea datelor obţinute de cei patru observatori. În general, datele obţinute au arătat un grad înalt de validitate (între 76 şi 99).

Diferenţele în reacţiile la stimulii sociali

Copiii între 12 şi 18 luni au avut un comportament diferit faţă de mame, faţă de celelalte femei adulte şi de copiii de aceeaşi vârstă. Evident, bebeluşii şi-au atins mamele mult

mai mult decât pe ceilalţi adulţi sau pe bebeluşii de vârsta lor. Mai mult, ei i-au atins pe aceştia mai des decât pe adulţii străini.

Acelaşi lucru a fost valabil şi pentru comportamentul de apropiere.

În ceea ce priveşte privirea, copiii i-au privit mult mai mult pe bebeluşii de vârsta lor decât pe mame sau pe ceilalţi adulţi. De asemenea, bebeluşii au zâmbit mamelor şi celor de-o vârstă cu ei mai mult decât adulţilor străini.

În general, datele referitoare la comportamentele de afiliere indică faptul că cele 3 femei adulte (mamele celorlalţi 3 bebeluşi) nu s-au bucurat de aceeaşi atenţie ca mamele proprii şi bebeluşii de aceeaşi vârstă. Relaţia faţă de mamă a fost de apropiere, în timp ce relaţia faţă de ceilalţi bebeluşi a fost de la distanţă. De fapt, bebeluşii şi-au atins mamele şi i-au privit pe ceilalţi bebeluşi la intervale egale de timp.

De asemenea, comportamentul de joacă al bebeluşilor s-a caracterizat prin răspunsuri diferenţiate. Doar două categorii de comportament de joacă au apărut pentru toate cele trei obiecte sociale. Celelalte au fost omise, deoarece au fost direcţionate numai faţă de bebeluşi. În primul caz – oferirea unei jucării – s-a observat că aproximativ 50% dintre subiecţi au oferit o jucărie fie mamei, fie unui alt bebeluş şi numai 15% celorlalţi adulţi. 67% au primit jucării de la ceilalţi bebeluşi, 25% de la mamă şi numai 11% de la ceilalţi adulţi. Aceste date arată că bebeluşii au interacţionat la fel de mult între ei ca şi cu mamele lor, ignorându-i în mare măsură pe ceilalţi adulţi din încăpere. Împărţirea unor lucruri cu ceilalţi bebeluşi a apărut la 58% dintre subiecţi. În contrast, lovirea a avut loc în cazul a 22% dintre copii.

Datele arată clar că adulţii străini sunt în mare parte ignoraţi de bebeluşi. S-a constatat, de asemenea, o interacţiune complexă între copii şi mamele lor, precum şi cu ceilalţi bebeluşi.

Aceste rezultate sunt în concordanţă cu cele prezentate în studii recente. De exemplu, în nici unul nu se vorbeşte de absenţa interacţiunii în timpul jocului. Incidenţa mare a interacţiunii de la distanţă între bebeluşi a fost evidenţiată de Eckerman şi Leussen (1973). Astfel, cazurile numeroase de interacţiune de la distanţă, lipsa agresivităţii şi tendinţa de a se juca împreună, puse în evidenţă de acest studiu, confirmă cercetările anterioare.

Deşi datele prezentate sunt foarte clare, există însă un mare număr de diferenţe individuale. Pentru a le înţelege mai bine, s-au examinat unele dintre caracteristicile demografice ale familiei şi ale copilului. S-au obţinut date referitoare la nivelul educaţional al mamei, la statutul socioeconomic al familiei, la numărul copiilor din familie şi la numărul de ore pe săptămână petrecute de subiect cu alţi copii care nu sunt din familie. S-a constatat o legătură între statutul socioeconomic al familiei şi educaţia mamei şi comportamentul social al copilului.

În ceea ce priveşte comportamentul de afiliere, cu cât este mai înalt nivelul educaţional al mamei, precum şi statutul socioeconomic, cu atât mai mare este angajarea copilului faţă de alţi adulţi-femei şi faţă de copiii de aceeaşi vârstă. Aceşti copii interacţionează mai puţin cu propriile mame.

De asemenea, comportamentul de joacă este pozitiv legat de variabilele educaţionale: cu cât este mai înalt nivelul de educaţie a mamei, cu atât mai mare este interacţiunea bebeluşilor în timpul jocului cu alţi copii de vârsta lor. Interesant este faptul că existenţa unor fraţi în familie nu a facilitat relaţiile cu alţi bebeluşi. Cu cât au existat mai mulţi fraţi în familie, cu atât mai puţine comportamente de afiliaţie faţă de alţi copii au existat. De asemenea, experienţa bebeluşilor în joaca cu alţi copii nu a facilitat interacţiunea cu alţi copii străini.

Scopul studiului efectuat de Lewis, Young, Brooks şi Michalson (*apud* Hartup, 1992) a fost acela de a determina dacă şi în ce fel un bebeluş în vârstă de până la 18 luni poate avea un comportament social. Rezultatele arată că un astfel de bebeluş este într-adevăr conştient şi răspunde în cadrul unei reţele sociale. Datele arată clar existenţa unor variate raporturi sociale în viaţa copiilor de 1 an. Mai mult, relaţiile acestora variază în funcţie de experienţa lor şi de natura obiectului cu care interacţionează.

Studiul II: Prieteni şi străini

În cele mai multe studii, copiii de aceeaşi vârstă diferă de mama bebeluşului în două privinţe: 1) sunt persoane necunoscute; 2) sunt copii, aşa cum este şi el.

În studiul pe care îl prezentăm, şapte copii au fost observaţi într-o cameră de joacă pe parcursul a două şedinţe diferite, prima în prezenţa unui prieten şi a doua în prezenţa unui străin. Subiecţii erau de ambele sexe, în vârstă de un an, primii născuţi.

Prietenii lor aveau vârste cuprinse între 7 luni şi 20 de luni, proveneau din acelaşi mediu social şi nu erau neapărat de acelaşi sex. Fiecare dintre copiii-prieteni petrecuse cu două luni în urmă un timp cu subiectul-ţintă, de două ori pe săptămână. Copiii-străini aleşi pentru experiment aveau aceeaşi vârstă ca şi copiii-prieteni.

Când mamele şi copiii au ajuns în laborator, au fost duşi în camere de aşteptare pline cu jucării, altele decât cele din camera de joacă. Mamelor li s-au dat instrucţiuni scrise referitoare la modul cum să acţioneze. O dată pregătite, au fost conduse în camera de joacă, ce avea o suprafaţă de 3,7×4,3 metri.

Mamele au fost instruite să se aşeze pe podea, în centrul camerei, la o distanţă de jumătate de metru una de cealaltă, ţinându-şi copiii în braţe. La un anumit semnal, toate mamele îşi lăsau copiii din braţe în acelaşi timp. În prealabil, li se spusese să rămână aşezate şi să-i lase pe copii să facă ce vor.

Şedinţa de joacă a fost împărţită în a două situaţii succesive, cu o durată totală de 42 de minute.

În primele 30 de minute, mamele şi copiii au fost observaţi într-un cadru liber de joacă; în ultimele 12 minute, mamele se retrăgeau într-un colţ, prefăcându-se că sunt ocupate.

Fiecare şedinţă a fost înregistrată video şi a fost activat un cronometru.

Videocasetele au fost transpuse pe casete audio, iar înregistrările audio au fost transcrise pe fişe conţinând scorurile. Pentru fiecare interval de 5 secunde, doi observatori înregistrau persoana către care se îndrepta comportamentul subiecţilor. Astfel, au fost efectuate 360 de observaţii pentru fiecare copie, pe parcursul primelor 30 de minute.

Existau trei posibile persoane (obiecte sociale) către care se putea orienta bebeluşul: mamă, adult şi copil (străin sau prieten). Folosind şi o listă cu diferite tipuri de comportament, cercetătorii au notat şi comportamentul copilului faţă de cele trei persoane. Dacă acelaşi comportament avea loc continuu sau de mai multe ori în timpul celor 5 secunde, era înregistrat numai o dată. Lista conţinea 20 de tipuri de comportament pe care un bebeluş le-ar fi putut avea faţă de un alt bebeluş. S-au introdus într-un tabel comportamentele respective şi înţelegerile între observatori referitoare la 4 perechi de bebeluşi. Deoarece înţelegerile au fost calculate pentru ambii copii ai unei perechi pe cele 5 casete, ele se bazează pe un total de 7 ore de observaţie. Gradul de validitate a fost peste 80-85%.

Datele prezentate constau dintr-o medie a numărului perioadelor de 5 secunde în care apărea un anumit comportament.

Subiecţii s-au angajat în special în activităţi pozitive de apropiere – contact fizic, atingere, sprijinire – faţă de prieteni şi mai puţin faţă de străini. Apropierea a fost comportamentul cel mai frecvent – 11% în cele 30 de minute de joacă –, celelalte comportamente fiind mai puţin frecvente. De exemplu, contactul fizic a apărut în procent de 1% din timp pentru prieteni şi mai puţin de 0,33% faţă de străini. Aceleaşi procente s-au înregistrat şi în cazul atingerii.

Deşi aceste comportamente pozitive nu au apărut frecvent, comportamentele negative – lovire, tragere, împingere – au lipsit aproape total. În general, acestea din urmă au fost mai degrabă faţă de străini decât faţă de prieteni.

În ceea ce priveşte numărul subiecţilor, 5 din 6 au avut un comportament de atingere fizică faţă de prieteni – 83%.

Rezultate similare s-au înregistrat şi pentru celelalte comportamente pozitive: 6 din 7 subiecţi (87%) – apropiere; 4 din 6 (67%) – atingere; 3 din 4 (75%) – sprijinire. Interesant este faptul că 2 din 3 bebeluşi au avut un comportament negativ – împingerea copiilor străini.

Comportamentele de la distanţă – privirea, gestica, vocalizarea şi imitatul – au fost mai frecvente decât comportamentele din apropiere. Privitul a apărut în aproximativ 24% din timp.

Nu au existat diferenţe între prieteni şi străini în ceea ce priveşte privitul şi vocalizarea (3 din 7 subiecţi au direcţionat aceste comportamente către prieteni).

Importantă din punct de vedere teoretic este categoria *imitat*. Prietenii au fost imitaţi de un număr de două ori mai mare decât au fost străinii. În plus, 5 din 7 subiecţi (71%) au imitat mai mult prietenul decât copilul necunoscut.

Comportamentele de afecţiune sunt, de asemenea, interesant de observat. În primul rând, a existat un singur caz de îmbrăţişare sau sărut şi acesta a fost pentru un prieten. În al doilea rând, subiecţii au exprimat mai multe sentimente pozitive decât negative, atât pentru prieteni, cât şi pentru străini. Fără îndoială, părem a fi o specie mai curând prietenoasă. În al treilea rând, sentimentele negative au fost exprimate mai mult faţă de copilul-străin decât faţă de copilul-prieten. Într-adevăr, au existat de trei ori mai multe afecte negative faţă de străin decât faţă de prieten, deşi numai 3 din 5 subiecţi (60%) au manifestat mai multe afecte negative faţă de străin decât faţă de prieten. În ceea ce priveşte afectele pozitive, 5 din 7 subiecţi (71%) şi-au exprimat afectele pozitive faţă de străin.

Ultimul set de comportamente de interacţiune socială are în centru un obiect de joacă. Mai întâi, trebuie spus că jocul cu o jucărie, ca şi comportament de interacţiune socială, apare destul de rar. Interacţiunea dintre bebeluşi nu ia, de obicei, această formă. Luatul unei jucării, oferirea ei au apărut numai într-un procent de 1% din timp. Prin urmare, comportamentul acesta a fost relativ rar, dacă îl comparăm cu comportamentele din apropiere şi de la distanţă.

În aceste împrejurări, este interesant de observat că, deşi oferirea unei jucării sau împărţirea ei (ambele activităţi pozitive) au avut loc mai des cu prietenii decât cu străinii, luatul unei jucării sau refuzul de a o da (comportamente sociale) a existat cu aceeaşi frecvenţă atât faţă de prieteni, cât şi faţă de străini. Mai mulţi subiecţii au luat jucării de la străini decât de la prieteni (5 din 7 subiecţi – 71%), iar rezultate similare s-au

înregistrat şi pentru comportamentul de a refuza să dea o jucărie (4 din 6 subiecţi – 67%). În contrast, subiecţii au oferit jucării mai mult prietenilor decât străinilor (5 din 7 subiecţi – 71%).

Până acum am discutat despre comportamentul subiectului faţă de copilul străin şi faţă de prieten.

Acum vom examina şi comportamentul copilului străin sau prieten faţă de bebeluş (subiect). Datele sunt similare cu cele referitoare la comportamentul subiectului faţă de cei doi. Prietenul a manifestat un comportament pozitiv faţă de subiect într-o măsură mai mare decât copilul străin. Acest lucru se poate vedea în cele trei tipuri de comportament cel mai frecvent întâlnite: contactul fizic, apropierea, atingerea.

Comportamentele de la distanţă (privitul, vocalizarea şi gesticulaţia) au fost aproximativ la fel atât faţă de prieten, cât şi faţă de străin. Totuşi, imitatul a fost din nou mai frecvent în cazul prietenilor decât în cel al străinilor. Interesant este faptul că *afectele*, pozitive sau negative, au fost îndreptate spre subiect mai mult de către prieten decât de copilul străin. Acest rezultat este în contradicţie cu cel privitor la exprimarea afectelor de către subiect pentru cei doi copii. Şi activitatea de joc cu o jucărie a fost mai frecventă cu un prieten decât cu un copil străin.

Astfel, diferenţa între prieten şi străin este exprimată atât în comportamentul subiectului faţă de cei doi, cât şi în cazul comportamentului acestora din urmă faţă de subiect.

Comportamentul celor trei copii arată clar că există o interacţiune mai puternică între copiii în vârstă de un an care sunt prieteni decât între ei şi străini. Toate datele reflectă acest lucru, deşi cuvântul „prieten" a fost definit minimal. O vizită pe săptămână timp de două luni nu poate fi considerată un criteriu pentru „prietenie", aşa cum este definit în mod obişnuit acest cuvânt.

Diferenţele în comportamentul copiilor faţă de prieteni şi persoane necunoscute ne arată necesitatea de a include acest tip de relaţii în orice discuţie referitoare la universul social al bebeluşului.

Studiul III: Dezvoltarea unei prietenii

În studiul anterior a fost urmărită relaţia între bebeluşii care erau prieteni naturali. Comportamentul între ei a fost diferit de cel faţă de copiii necunoscuţi. Pentru a extinde aceste rezultate, s-a considerat important să se cerceteze fenomenul de dezvoltare a unei prietenii.

În studiul anterior, relaţia de prietenie a copiilor se datora mamelor, fie că acestea erau prietene, fie că îşi doreau ca bebeluşii lor să fie prieteni.

În cazul următor, au fost selectate două perechi: bebeluşii şi mamele lor; ei au fost puşi în situaţia de a se întâlni în casele proprii. Pe baza observaţiilor repetate în laborator, precum şi în timpul şi după aceste vizite acasă, s-au putut constata schimbările în comportament ce pot fi asociate cu începuturile unei prietenii. Astfel, în cel de-al II-lea studiu s-a constatat tendinţa copiilor de a face mişcări de apropiere mai mult faţă de prieteni decât faţă de copiii necunoscuţi. În studiul final, prezentat aici, vom urmări dacă acest tip de comportament se perpetuează pe parcursul procesului de dezvoltare a prieteniei şi în cazul unor întâlniri în casele proprii.

Se poate vedea originea unei relaţii de prietenie la copiii foarte mici?

Pentru acest studiu au fost selectate 8 grupuri de câte 2 copii în vârstă de un an (+/- 28 de zile), 4 fetiţe şi 4 băieţi. Aceştia proveneau din familii care nu se mai întâlniseră şi deci nu se cunoşteau. Toţi copiii erau al doilea născut în familie.

Mamele au fost informate că experimentul va presupune aducerea unor copii în casele celorlalţi şi invers, pentru a se juca împreună.

Au fost stabilite două până la trei vizite pe săptămână, cu şedinţe de joacă de 30 până la 45 de minute. Planificarea acestor şedinţe şi locul de desfăşurare au fost lăsate la latitudinea mamelor, cu sugestia clară ca locul de desfăşurare să alterneze de la o casă la alta. În plus, mamele au fost informate că vor exista şi şedinţe de laborator în care copiii vor fi observaţi în timp ce se joacă.

La prima şedinţă de laborator, copiii din toate grupurile erau complet străini unii de alţii.

Procedurile de laborator au fost identice cu cele din al II-lea studiu ; între prima şi a doua vizită fiecare grup s-a întâlnit pentru cele două sau trei şedinţe de joacă acasă. A doua şedinţă de laborator a avut loc la o săptămână după prima. După această a doua şedinţă de joacă în laborator, a urmat o săptămână în care au avut loc două sau trei vizite acasă. În a treia şedinţă de laborator, 6 dintre cei 8 subiecţi au văzut copii străini, iar 2 dintre subiecţi şi-au văzut prietenii. Studiul a fost în aşa fel conceput, încât fiecare prieten al unui copil a fost în acelaşi timp străin pentru un altul.

Ne amintim că la prima şedinţă de joacă în laborator cei doi bebeluşi erau complet străini unul de altul, dar înaintea celei de-a doua vizite ei se întâlniseră deja în timpul vizitelor făcute reciproc acasă. A existat clar o creştere a comportamentului de apropiere de la prima întâlnire la aceasta. 7 dintre cei 8 subiecţi au manifestat o creştere în comportamentul de apropiere de la o şedinţă de laborator la alta. A existat, de asemenea, o creştere în comportamentul de atingere şi de sprijinire (7 din 7 şi 2 din 2 subiecţi). Pentru comportamentul la distanţă, s-a constatat că privitul a cunoscut o descreştere de la prima şedinţă de laborator la următoarea (3 din 5 subiecţi).

Aceste date sunt în deplină concordanţă cu cele din cel de-al II-lea studiu, în care bebeluşii se uitau mai puţin la prieteni decât la străini. Pe de altă parte, gesticulaţia a crescut de la o şedinţă la alta (6 din 7 subiecţi), iar imitatul a rămas la fel.

În cazul afectelor negative nu s-au înregistrat schimbări. Totuşi, există o diferenţă în ceea ce priveşte sexul copiilor. 4 dintre cei 4 subiecţi de sex masculin au manifestat o descreştere în ceea ce priveşte afectele negative, dar 4 dintre cei 4 subiecţi de sex feminin au manifestat o creştere a acestor afecte.

În ceea ce priveşte afectele pozitive, a existat un declin pe parcursul vizitelor (6 din 8 copii). În final, comportamentele pozitive (oferirea, primirea jucăriilor) au înregistrat uşoare creşteri de la prima şedinţă de laborator la a doua (4 din 4 ; 3 din 5 ; 4 din 7 subiecţi).

S-a constatat, la fel ca în cel de-al II-lea studiu, că, pe măsură ce petrec mai mult timp împreună, creşte comportamentul interactiv al copiilor. Întrebarea era dacă această creştere este rezultatul timpului petrecut în laborator sau în casele proprii. Pentru a afla acest lucru, s-a efectuat o a treia şedinţă de laborator cu aceiaşi subiecţi. La această şedinţă, 2 dintre subiecţi au interacţionat din nou cu aceiaşi copii de la prima şi a doua şedinţă, în timp ce ceilalţi copii au interacţionat cu copiii străini. Aceşti copii nu erau străini faţă de camera de joacă, ci numai faţă de celălalt copil.

O comparaţie între a doua şi a treia şedinţă de laborator pentru grupurile cunoscute a arătat aceleaşi tendinţe care au existat între prima şi a doua vizită. Dacă un anumit

comportament a suferit o descreştere între prima şi a doua vizită, acest lucru fie a continuat, fie a rămas constant la a treia şedinţă; acelaşi fenomen s-a constatat şi când tendinţa a fost de creştere – fie a continuat, fie a rămas constantă. S-au comparat datele pentru cei 6 copii care au avut ca perechi prieteni la şedinţa a doua şi străini la vizita a treia cu datele pentru cei 2 copii care au avut ca parteneri de joacă prieteni atât la şedinţa a doua, cât şi la a treia. Din cauza numărului mic de subiecţi, nu s-au efectuat teste statistice pe baza acestor date; totuşi, s-au înregistrat mai multe tendinţe. De exemplu, comportamentul de apropiere a suferit o descreştere în cazul în care celălalt copil era străin, dar a crescut când copilul rămas era prieten. Astfel, creşterea comportamentului de apropiere de la prima la a doua vizită s-a menţinut sau a crescut la a treia vizită, dacă bebeluşul a fost prieten, dar nu şi dacă respectivul era străin. Un alt exemplu este oferit de contactul fizic. Acesta a suferit o descreştere de la prima la a doua şedinţă de laborator în cazul prietenilor. Această descreştere a continuat de la a doua la a treia şedinţă pentru prieteni, în timp ce pentru străini, contactul fizic a suferit o creştere.

Astfel, concluzia care se poate trage de aici este următoarea: atunci când un comportament a crescut ca frecvenţă de la prima la a doua şedinţă, această creştere va continua şi la a treia şedinţă, dacă cel cu care se joacă este prieten, dar va scădea dacă este un străin. La fel, un comportament care este în scădere de la prima la a doua şedinţă, va continua să descrească în prezenţa unui prieten, dar va creşte pentru un străin.

Aceste date vin în sprijinul ideii că o expunere prelungită a unui copil de un an la joaca cu alţi copii, acasă sau într-un laborator, întăreşte comportamentele asociate de obicei cu contactul social pe termen lung. Rezultatele obţinute vin în sprijinul ideii că la un an copilul este capabil de a interacţiona social în mod complex. Faptul că aceste relaţii sociale pot fi uşor schimbate ne arată că organismul respectiv este bine conectat la mediul său social.

Descrierea relaţiilor dintre copii

Rezultatele celor trei studii pot fi rezumate într-o descriere globală a relaţiilor între copii, aşa cum sunt ele prezentate în cercetările referitoare la joaca în laborator. Este important de subliniat că această descriere nu reflectă potenţialul maxim al comportamentului social al copilului.

Descrierea noastră are limite determinate de mai mulţi factori.

În primul rând, şi cel mai important, datele referitoare la împrietenirea naturală a copiilor, obţinute din intervievarea mamelor, arată foarte clar că cel puţin pentru eşantionul studiat (clasa de mijloc) bebeluşii au foarte puţine ocazii de a se angaja în contacte sociale cu alţi copii de vârsta lor. Mamele nu consideră o necesitate ca bebeluşii lor să aibă astfel de contacte; numai 20% dintre mame au oferit copiilor această posibilitate.

Astfel, copiii au foarte puţine contacte sociale cu alţi copii înaintea vârstei de doi ani. Societatea noastră este o societate dominată de adulţi. Astfel, o limită a descrierii făcute de autorii citaţi derivă din populaţia luată în considerare pentru acest studiu. Este clar că acest grup, care provine din clasa de mijloc din nord-estul SUA, nu reprezintă decât o porţiune îngustă din continuumul reprezentat de experienţa socială.

A doua limită a descrierii globale a relaţiilor între bebeluşi este legată de problemele care derivă din studiile efectuate în laborator. Laboratorul nu poate reflecta mediul familiar de acasă, din curte sau de pe terenul de joacă. Mai mult, timpul relativ limitat

de observaţie nu permite formarea unei imagini complete asupra comportamentului copilului. Totuşi, în studiile de laborator la care ne-am referit, bebeluşii au fost observaţi perioade relativ lungi de timp (40 până la 50 de minute). Mediul oferit de laborator produce o situaţie diferită de cea de acasă, dar el nu este mai puţin real şi ne oferă posibilitatea de a avea o imagine asupra relaţiilor sociale pe care un bebeluş de un an le poate avea.

Cu aceste obiecţii în minte,.să ne întoarcem la copilul de 1-2 ani.

Dacă ar avea posibilitatea să aleagă, bebeluşul ar petrece mai mult timp în preajma mamei decât în apropierea altor persoane – în acest caz, adulţi străini sau copii de aceeaşi vârstă. Acest lucru poate fi determinat de rolul pe care mama îl are în îngrijirea copilului.

În orice caz, copilul stă mai aproape de mamă decât de ceilalţi, în felul acesta răspunzând nevoii de a fi protejat. Totuşi, alte activităţi ale lui arată că, în acelaşi timp, consumă energie şi departe de mamă (Kheingold, 1973). Datele din studiul I arată că, deşi bebeluşii caută apropierea mamei, multe comportamente exploratorii şi de afiliere sunt direcţionate nu spre aceasta, ci spre alte obiecte sociale. Acestea nu sunt alţi adulţi, ci copiii de vârsta lor. Se constată o interacţiune foarte redusă între bebeluş şi adultul străin.

Există un număr de studii care arată clar că, dintre străini, adulţii nu sunt niciodată preferaţi, în timp ce copiii de aceeaşi vârstă sunt totdeauna receptaţi ca pozitivi (Brooks şi Lewis, 1974 ; Greenberg, Hillman şi Grice, 1973 ; Lewis şi Brooks, 1972, 1974 *apud* Hartup, 1992). Astfel, bebeluşii caută apropierea mamelor, dar îşi îndreaptă celelalte comportamente, cum ar fi privitul, către ceilalţi copii.

Mamele sunt căutate pentru protecţie, copiii pentru a se juca cu ei.

Pe baza celui de-al II-lea studiu putem face consideraţii referitoare la relaţiile dintre copii. Acesta demonstrează (prin faptul că aceşti copii stabilesc relaţii diferenţiate cu prietenii şi străinii) că, încă de la vârsta de un an, copiii pot stabili interacţiuni sociale pe termen lung (ceea ce numim în mod obişnuit prietenie).

Astfel, putem descrie relaţiile de prietenie ale bebeluşilor comparând comportamentul acestora faţă de prieten şi străin. Vom constata că bebeluşii prieteni au tendinţa de a se apropia fizic, se imită unul pe celălalt mai mult şi manifestă mai multe afecte pozitive reciproce şi mai puţine negative. În plus, prietenii îşi împart între ei jucăriile şi nu au tendinţa de a le lua unul de la celălalt.

Observaţiile referitoare la dezvoltarea prieteniei confirmă datele referitoare la cei care sunt deja prieteni (studiul III). Tendinţa de apropiere, de a împărţi jucăriile şi de a oferi lucruri creşte pe măsură ce prietenii petrec mai mult timp împreună. În studiul final s-a putut constata o diferenţiere a tipurilor de comportament asociate cu relaţia de prietenie/manifestate faţă de prieten şi faţă de străin. Imaginea pe care o avem este a unor bebeluşi capabili de a stabili şi menţine relaţii caracteristice pentru ceea ce numim prietenie.

Există cel puţin o diferenţă majoră între tipul de relaţii pe care le stabilesc copiii de 1-2 ani şi cei mai mari : jocul cu jucării împreună. Cele trei studii arată că cel puţin o dată a existat acest tip de comportament. Totuşi, el apare la bebeluşi mult mai rar decât celelalte tipuri de comportament. Acest lucru poate fi explicat prin stadiul incipient de dezvoltare cognitivă a copilului (Piaget, 1951). Totuşi, conceptul de prietenie nu se rezumă numai la acest tip de comportament.

Prietenia, care în copilărie poate fi definită ca un mănunchi de interacţiuni specifice între bebeluşi care se cunosc, există, probabil, în etapele timpurii ale dezvoltării umane ; totuşi, formele şi conţinutul interacţiunii sunt limitate de dezvoltarea cognitivă a copilului.

Înainte de a încheia descrierea relaţiei de prietenie la copiii de un an, ne vom referi la o ultimă problemă, adică la ce anume ajută/inhibă relaţiile între aceşti copii. Am arătat deja că mediul în care trăiesc aceşti copii joacă un rol important. Este evident că ei au nevoie de ajutorul părinţilor pentru a petrece timp în compania altor copii. În cazul în care acest lucru se întâmplă natural (existenţa unor fraţi mai mari), ar fi de aşteptat să existe o deschidere mai mare spre interacţiune. Este surprinzător deci că datele noastre nu arată acest lucru. Ca şi în alte studii, s-a constatat că existenţa unor fraţi mai mari nu facilitează automat interacţiunea cu copiii de aceeaşi vârstă (studiul I).

În cel de-al II-lea studiu am avut date referitoare la 7 subiecţi în vârstă de un an şi prietenii lor naturali. Ne amintim că, din cei 7 copii, 2 aveau prieteni de aceeaşi vârstă, 1 avea un prieten în vârstă de şapte luni, iar 4 aveau prieteni între 15 şi 20 de luni. Autorii au fost interesaţi dacă interacţiunea în cadrul grupului de doi diferă în funcţie de vârsta perechii respective. Comportamentele de apropiere – dorinţa de a fi aproape, de a atinge, contactul fizic – au arătat că în cazul perechilor de aceeaşi vârstă a existat o interacţiune mai mare de acest tip decât în cazul perechilor de vârste diferite. De exemplu, contactul fizic. În cazul perechilor de aceeaşi vârstă a fost 40%, în timp ce pentru ceilalţi – numai 12% pentru o perioadă de 5 secunde (s-au considerat mai multe perioade de 5 secunde). Rezultatele privind comportamentele de la distanţă (privitul şi gesticulaţia) sunt similare. În cazul imitatului însă, datele sunt diferite. Acest comportament a fost mai frecvent în cazul copiilor de un an şi al colegilor de joacă mai mari decât în cazul celor de aceeaşi vârstă (18% şi 9% – pentru o perioadă de 5 secunde). Totodată, s-a constatat că exprimarea afectelor pozitive a apărut mai frecvent în cazul copiilor de vârste diferite (22 la 1-5 secunde) decât la cei de aceeaşi vârstă (6 la 0-5 secunde). În ceea ce priveşte afectele negative nu s-au constatat diferenţe. De asemenea, partenerii de joacă de aceeaşi vârstă au tendinţa de a împărţi jucăriile şi de a le primi sau refuza de la cei de vârsta lor. Totuşi, bebeluşii oferă jucăriile mai mult celor mai mici ca vârstă decât ei.

Datele, chiar dacă limitate de numărul mic de subiecţi, arată că anumite tipuri de comportament se manifestă mai frecvent în cazul copiilor de aceeaşi vârstă, dar există comportamente mai frecvente pentru copiii de vârste diferite. De exemplu, imitatul apare mai frecvent pentru cei de vârste diferite, iar contactul fizic este mai frecvent pentru copii de aceeaşi vârstă.

Acest lucru sugerează că diferitele comportamente servesc unor funcţii diferite, aspect care până acum nu a fost explicat. Totuşi, un lucru nu poate fi negat: faptul că diferite funcţii sunt facilitate sau încetinite de vârsta copiilor implicaţi în relaţie. Prin urmare, trebuie luate în considerare atât funcţia, cât şi vârsta în cadrul unei relaţii.

Aspectele funcţionale ale unei relaţii între copii de aceeaşi vârstă

Aspectele funcţionale ale interacţiunii sociale a bebeluşului cu cel care îi poartă de grijă sunt foarte clare. Însăşi supravieţuirea sa depinde de această relaţie. Ea este vitală.

De altfel, s-a considerat întotdeauna că relaţia copilului cu adultul va influenţa puternic întregul curs al viitoarelor sale relaţii sociale.

Astfel, o relaţie pozitivă adult – bebeluş poate fi considerată cheia unei relaţii pozitive cu copiii de aceeaşi vârstă. Acest lucru poate fi însă numai parţial adevărat.

Nu ar fi lipsit de interes să ne imaginăm un alt model, în care relaţiile dintre copii nu derivă din relaţia adult – bebeluş, ci sunt paralele şi separate. În sprijinul acestei teorii,

putem afirma că funcţiile obiectelor sociale sunt variate şi că obiectele sociale au cel puţin două funcţii importante în viaţa socială a bebeluşului. În primul rând, bebeluşul are nevoie de o relaţie socială cu cineva care să îl protejeze şi să aibă grijă de el. Adulţii sunt cei care îndeplinesc această funcţie cel mai bine. În plus, bebeluşul simte nevoia unei relaţii sociale caracterizate ca prietenie, din care se vor dezvolta mai întâi relaţiile sociale şi, mai târziu, cele sexuale. Această a doua nevoie nu este mai puţin importantă decât prima.

Copilul trebuie să înveţe de timpuriu să-şi formeze şi să-şi menţină o relaţie socială cu cei de vârsta lui, să-şi dezvolte deprinderi sociale care îi vor asigura succesul în reproducere. Interacţiunea cu alţi copii îi oferă şi posibilitatea dezvoltării capacităţilor proprii. În contextul relaţiilor cu alţi copii, el se poate afirma mai liber decât în cel al relaţiilor cu un adult, acesta direcţionând şi controlând relaţia. În contrast, partenerii de joacă sunt relativ egali în ceea ce priveşte deprinderile sociale, capacitatea de a formula şi a îndeplini anumite scopuri, precum şi gradul de socializare. În acest context, copiii au posibilitatea de a se socializa reciproc. În cadrul procesului de socializare se poate observa dezvoltarea competenţei sociale.

Modelul A reflectă punctul de vedere tradiţional în care funcţiile părinteşti sunt de a avea grijă, a proteja şi altele. Prin acest model se afirmă clar opinia că relaţiile sociale ulterioare ale copilului derivă din legătura copil-părinte.

Funcţia relaţiei dintre copii nu apare până în copilărie. Opinia alternativă, aceea a valorii funcţionale a relaţionării cu copii în copilărie, este prezentată în modelul B. Trebuie reţinut faptul că valoarea funcţională a relaţiei între copii există în copilărie şi ea nu derivă din relaţia copilului cu părinţii lui.

Din punct de vedere filogenetic, se observă că primatul interacţiunii între copii faţă de interacţiunea cu părinţii descreşte pe măsură ce urcăm în arborele filogenetic. Astfel, deprinderea/capacitatea de a învăţa dobândeşte o importanţă deosebită. Aceasta capătă o importanţă deosebită pentru supravieţuirea organismului. Din acest motiv, copiii de aceeaşi vârstă, care au capacitatea de a practica anumite deprinderi prezente nu mai sunt suficienţi. Este nevoie de adulţi, de la care copiii pot învăţa deprinderi noi, interacţiunea cu părinţii devenind tot mai importantă.

Mecanisme ale relaţiilor dintre copii

Se poate spune, în acest moment, că bebeluşii au capacitatea de a se angaja în relaţii de prietenie cu alţi copii şi că aceste relaţii constituie o parte importantă a reţelei lor sociale, fiind necesare pentru dezvoltarea lor socială ulterioară.

Interacţiunea între copii în perioada copilăriei necesită o importantă bază cognitivă care nu este înţeleasă în acest moment. Activităţile cognitive care implică imitarea, modelarea, răspunsul bazat pe învăţare, concepţia de sine şi diferenţierea între persoane sunt importante.

Relaţia între dezvoltarea cognitivă şi deprinderile sociale nu este clară. La un anumit nivel, deprinderile cognitive sunt mecanismele prin care deprinderile sociale apar şi sunt aplicate, iar la un alt nivel, interacţiunea socială necesită şi este impulsionată de dezvoltarea deprinderilor cognitive.

Rezultatele studiilor prezentate aici, precum şi alte lucrări (Brooks şi Lewis, 1974; Greenberg, 1973; Leussen, 1973; Lewis şi Brooks, 1974 *apud* Hartup, 1992) pun în evidenţă faptul că bebeluşii au relaţii diferite cu adulţii şi cu alţi copii. Ei manifestă o

anumită concentrare, interes şi afecte negative faţă de adulţii străini, dar faţă de copiii străini de aceeaşi vârstă manifestă un mare interes şi afecte pozitive. De asemenea, copiii preferă să-şi împartă jucăriile în special cu alţi copii decât cu un adult străin.

O construcţie teoretică care poate explica relaţia diferită a copilului cu adultul şi cu alt copil de aceeaşi vârstă este concepţia despre sine (Lewis şi Brooks *apud* Hartup, 1992). Am presupus în argumentaţia noastră că un bebeluş în vârstă de un an are capacitatea de a-şi forma un cadru de autoreferinţă. Acest cadru îl ajută la început să facă diferenţa între sine şi obiectele sociale din jur. Pe parcurs, apar şi noţiunile de „propria persoană" şi „gen", apoi, noţiunea prin care se recunoaşte pe sine drept copil. Referirile la propria persoană îl ajută pe copil să determine asemănările cu cei din jur. Copilul se foloseşte pe sine pentru a evalua diferite obiecte sociale. „Ca şi mine" este o evaluare pozitivă, „nu e ca mine" este o evaluare negativă. Ei tind să se apropie de obiectele sociale care sunt „ca ei" şi să le evite pe celelalte. Astfel, unul dintre factorii care îl influenţează pe copil în interacţiunile sale sociale este folosirea propriei entităţi ca punct de referinţă. Pornind de la această informaţie şi amintindu-ne că obiectele care „sunt ca mine" sunt preţuite, putem afirma că bebeluşii vor prefera să interacţioneze mai ales cu copiii străini de aceeaşi vârstă decât cu adulţii străini. Concepţia despre sine poate ajuta şi la formarea unei relaţii de prietenie. Astfel, bebeluşii sunt atraşi de alţi bebeluşi care sunt „ca ei".

Folosirea unor astfel de perspective teoretice permite organismului să fie un participant activ în ceea ce priveşte interacţiunea cu universul său social.

Universul social al copilului

Copilul are, încă de la vârste foarte mici, o reţea socială compusă din adulţi, prieteni şi străini şi copii de aceeaşi vârstă. Complexitatea mediului social al copilului necesită şi, în acelaşi timp, facilitează dezvoltarea sa cognitivă. Acest mediu social este format din obiecte sociale cu funcţii diferite : protecţia şi promovarea competenţei sociale. Oamenii şi funcţiile nu sunt însă întotdeauna constante. Copiii se pot juca cu adulţi, iar alţi copii pot fi protectorii lor. De aceea, atunci când vorbim despre mediul social al copilului, trebuie să luăm în considerare obiectele sociale şi funcţiile independente.

O conceptualizare a lumii sociale a copilului trebuie să includă obiectele sociale, funcţiile şi procesele cognitive ale copilului însuşi. De asemenea, trebuie luate în considerare nevoile schimbătoare şi capacităţile organismului.

Structura mediului social al copilului este extrem de complexă, ea fiind dată de întrepătrunderea şi interacţiunea unor obiecte, funcţii şi nevoi.

Capitolul III

Dezvoltarea personală a copiilor în grupul experienţial – mic ghid de optimizare psihocomportamentală

Elena Anghel

Grupul terapeutic de dezvoltare şi optimizare personală poate fi definit ca o „întâlnire existentă între oameni" (Zinker) ce permite fiecăruia să se autodescopere şi să se autocreeze prin întâlnirea cu celălalt. Procesul sinuos al cunoaşterii de sine şi al dezvoltării personale se desfăşoară cu succes în cadrul grupului în care persoanele participante se simt în siguranţă, trăiesc sentimentul acceptării necondiţionate şi pe cel al încrederii, al păstrării confidenţialităţii.

Realizarea unei bune coeziuni a grupului şi funcţionarea acestuia după nişte norme clar precizate oferă membrilor posibilitatea realizării unei experienţe comune de transfigurare, de maturizare afectivă, cognitivă şi comportamentală.

Activitatea terapeutică desfăşurată într-un astfel de grup poate fi considerată o adevărată aventură creativă care provoacă *insight*-uri şi restructurări la nivelul personalităţii, favorizând astfel dezvoltarea oricărui individ, de la copil până la adult.

Grupul experienţial de dezvoltare personală este în acord cu trebuinţele dominante ale copilului şcolar mic: nevoia de comunicare, de interacţiune, de relaţionare interpersonală cu cei de aceeaşi vârstă, de cunoaştere a propriei persoane. Acest interes pentru propria interioritate psihică se face simţit mai ales după vârsta de 8-9 ani, când şcolarul mic este preocupat de gândurile, emoţiile şi sentimentele sale. Grupul experienţial de optimizare şi dezvoltare personală vine astfel în întâmpinarea necesităţilor acestor copii, facilitându-le procesul de autodezvăluire, de autodepăşire.

Tehnicile expresive ce facilitează exteriorizarea pe căi diferite de cea verbală, accesibile vârstei, permit copiilor să experimenteze „aici şi acum" diferite probleme personale, beneficiind de *insight*-uri restructurante. Copiii îşi deblochează astfel, spontan, propriile resurse, le conştientizează şi devin astfel proprii constructori ai personalităţii lor. Ei descoperă pe cont propriu cum pot face faţă diferitelor situaţii de viaţă cu care se confruntă. Tehnicile expresive răspund nevoii de acţiune, de concret şi mai ales trebuinţei de joc şi de mişcare a şcolarului mic. Ele îi creează copilului impresia că nu vine la terapie, ci vine să se joace. Motivaţia pentru joc, deosebit de pregnantă la vârsta

copilăriei, creşte gradul de participare autentică a copiilor în procesul terapeutic, beneficiul putând fi în multe situaţii maximal.

Trăirea unor stări afective pozitive, sentimentul unităţii cu ceilalţi membri ai grupului sporesc curiozitatea şi dorinţa de implicare în trăirea de noi experienţe. Şi aceasta este cu atât mai puternică atunci când satisface şi nevoia de comunicare cu copii de aceeaşi vârstă, de confirmare şi stimulare în grup a asertivităţii, a importanţei personale pentru ceilalţi, a recunoaşterii capacităţilor personale şi a resurselor de care dispune fiecare.

Grupul experienţial asigură toate acestea. El oferă în acelaşi timp posibilitatea de a adopta şi experimenta noi atitudini, conduite şi comportamente, fără teama de risc. În felul acesta, copilul devine propriul său creator. El învaţă să relaţioneze cu ceilalţi, să comunice. Îşi formează disponibilitatea de a primi şi oferi ajutor, fapt ce este urmat de creşterea autostimei prin capacitatea de a-i ajuta pe alţii.

Terapeutul poate folosi ca instrumente de provocare în terapia copilului jocul, fantezia ghidată, metafora, precum şi tehnici expresive, drama-terapia, mişcarea, dansul, desenul, colajul, modelajul. Acestea sunt „vehicule" cu ajutorul cărora se poate avea acces la fenomenologia interioară a copilului, provocându-se fenomene de detensionare emoţională, autodescoperire şi realizare a *insight*-urilor restructurante (I. Mitrofan, 1997).

Grupul de dezvoltare şi optimizare personală oferă copiilor posibilitatea conştientizării şi valorizării de sine, fapt cu efecte pozitive în planul relaţiilor interumane. Terapia echivalează cu învăţarea strategiei de „a lucra asupra propriei persoane" şi de a se autoforma, autodezvolta în vederea unei adaptări eficiente. În felul acesta, copilul nu numai că îşi optimizează comportamentul, dar se înzestrează cu deprinderea de autoanaliză, de căutare a ceea ce este bun în fiinţa sa, fapt ce garantează adaptarea sa creativă în plan sociomoral, interpersonal şi spiritual.

Prezentăm în continuare un ghid metodologic privind lucrul cu copiii în grupul de dezvoltare personală.

Obiectiv

Dezvoltarea şi optimizarea comportamentală a şcolarilor mici cu dificultăţi de integrare, prin utilizarea metodelor experienţiale de grup, de tip gestalt expresiv-creativ.

Direcţii de acţiune :

a) creşterea asertivităţii şi expresivităţii personale ;
b) activarea şi optimizarea capacităţilor de autocunoaştere, relaţionare şi comunicare interpersonală concomitent cu antrenarea empatiei ;
c) activarea resurselor creative ;
d) dezvoltarea coeziunii şi dinamicii de grup.

Selecţia participanţilor (descriere, criterii de selecţie)

12 copii (şase băieţi şi şase fete), în vârstă de 10 ani, elevi în clasa a IV-a în cadrul unei şcoli bucureştene, au fost selectaţi pentru a participa în cadrul modulului de dezvoltare şi optimizare comportamentală care a constituit baza experimentală a actualului ghid metodologic.

Limita numărului de copii a fost impusă de cerinţele de organizare a grupului de dezvoltare personală şi psihoterapie care recomandă ca numărul maxim de membri să fie 12. Au fost selectaţi, de la mai multe clase a IV-a, acei copii care manifestau deficit de relaţionare

şi integrare. Au fost aleşi 8 copii care relaţionau foarte rar cu colegii lor, adesea izolându-se de ei, şi 4 copii cu un comportament dinamic, agresiv, turbulent. S-a optat pentru această proporţie din dorinţa de a forma un grup cu un climat echilibrat, detensionat, favorabil realizării unei bune comunicări. Un alt criteriu de selecţie a fost acela al deficitului de comunicare existent între copii şi părinţii acestora, reieşit din recomandările învăţătoarelor şi din interpretarea testului familiei, aplicat iniţial unui lot de 24 de copii. De asemenea, selecţia s-a realizat din mai multe clase, încercându-se crearea un grup nou care să nu se construiască pe structuri grupale mai vechi. În felul acesta, am permis copiilor să pătrundă într-un univers relaţional cu totul nou, neexplorat încă.

Etapele desfăşurării programului de dezvoltare personală şi interpersonală

Ne-am propus aşadar validarea unui program de optimizare comportamentală a elevilor din ciclul primar, clasa a IV-a, program realizat în spiritul metodelor experienţiale de grup, de tip gestalt creativ-expresiv.

A. *Pregătirea şi demarajul*:

Programul de dezvoltare personală, fiind aplicat copiilor, a ridicat unele probleme de ordin organizatoric. De aceea, prima etapă a acestuia a fost realizată pe parcursul a două săptămâni şi a constat în informarea direcţiunii şcolii şi a părinţilor cu privire la organizarea şi specificul acestui program, obţinând şi aprobarea realizării acestuia în şcoală. Aşadar, după realizarea selecţiei celor 12 copii, am organizat o întâlnire cu părinţii acestora pentru obţinerea acordului de participare. Aceştia au fost informaţi cu privire la obiectivele programului ce urma a se desfăşura pe perioada primului semestru şcolar. S-a stabilit totodată şi care va fi programul întâlnirilor, durata lor, răspunzându-se în acelaşi timp la întrebările adresate de părinţi. Au fost, de asemenea, împărţite fişe de evaluare a programului, iar părinţilor le-au fost explicate condiţiile, cerinţele şi modalităţile de completare a acestora.

Cea de-a doua etapă a programului a avut drept scop atingerea obiectivelor propuse. Desfăşurarea întregului program a fost înregistrată pe casete video şi a inclus zece sesiuni de grup. Locul desfăşurării programului a fost o sală special amenajată în şcoala care s-a transformat în spaţiu de siguranţă pentru copii şi loc de trăire a unor stări afective pozitive pe parcursul a aproape trei luni de zile.

Desfăşurarea celor zece sesiuni de optimizare comportamentală nu s-a realizat la întâmplare. Astfel, în primele trei sesiuni s-a urmărit deblocarea şi motivarea copiilor pentru experienţa de grup, crearea unui climat securizant – prin asigurarea cunoaşterii şi intercunoaşterii –, gratificant afectiv care să permită ruperea tuturor „barierelor", diluarea rezistenţelor copiilor, punându-se bazele unei comunicări autentice. Pentru realizarea acestor deziderate s-au folosit ca mijloace terapeutice cu precădere terapia prin joc şi mişcare, art-terapia, tehnicile expresiv corporale răspunzând nevoii de mişcare a copiilor. S-au pus astfel bazele coeziunii grupului.

În aceste condiţii, următoarele sesiuni au permis utilizarea unor tehnici care au facilitat abilitarea pentru o mai bună comunicare, activarea şi optimizarea resurselor creative şi integrative, autoreglarea şi dezvoltarea personală, optimizarea comportamentului rezolutiv-creativ în grup, promovarea cooperării şi a autoafirmării, dezvoltarea şi exersarea capacităţilor empatice.

Copiii au beneficiat de efectele tehnicilor experienţiale de tip gestalt-expresiv – drama-terapia (joc de rol), art-terapia (modelaj, colaj), tehnică postural-sculpturală,

povestire, terapie prin dans şi mişcare –, care le-au permis să experimenteze „aici şi acum" anumite trăiri, emoţii, sentimente, să se descopere, să-şi rezolve unele conflicte şi nu în ultimul rând să-i descopere pe ceilalţi, să înveţe din experienţa lor prin producerea fenomenului de „extensie a conştientizării de grup", să descopere împreună norme ce duc la o mai bună comunicare în cadrul grupului.

Exerciţiile-suport pentru atingerea obiectivelor au avut în vedere îmbinarea unui număr cât mai mare de metode şi tehnici experienţiale în mod flexibil. Astfel, am încercat mai ales să îmbinăm tehnicile dramatice cu cele art-terapeutice, considerând că se obţine în acest mod un beneficiu dublu: atât experimentarea unor situaţii de viaţă, trăirea lor „aici şi acum", cât şi creşterea conştientizării de sine, realizându-se în final o experienţă de transfigurare, maturizare afectivă, cognitivă şi comportamentală.

Cea de-a treia şi totodată ultima etapă a programului a avut în vedere validarea rezultatelor obţinute pe lotul de copii selectaţi. S-au avut ca mijloace de validare patru modalităţi:

1. analiza comparativă a desenelor realizate de copii, „Afişul grupului" din a doua şi din ultima şedinţă, utilizându-se ca metodă observaţia cuantificată;
2. analiza fişelor de evaluare a progreselor obţinute în urma programului de optimizare psihocomportamentală, completate de părinţi, calculându-se diferenţele semnificative ale unor parametri înregistraţi la începutul şi la sfârşitul programului;
3. analiza progreselor înregistrate pe baza unei grile de observaţie a casetelor video, utilizându-se ca metodă observaţia cuantificată;
4. analiza efectelor programului pe baza intervievării copiilor participanţi la experiment.

B. *Derularea programului de dezvoltare personală şi optimizare psihocomportamentală*

Programul a urmat o structurare metodologică care să răspundă pas cu pas obiectivelor cercetării. Prezentăm rezultatele conform ghidului metodologic experienţial elaborat şi validat pe lotul de copii selectaţi.

III.1. Prima sesiune

Obiectivul sesiunii: deblocarea şi motivarea pentru experienţa de grup.
Exerciţii-suport pentru atingerea obiectivului:

„Exerciţiul numelui"

a. Scopuri:
   - realizarea unei prime cunoaşteri a celorlalţi;
   - eliminarea inhibiţiilor datorate primului contact interrelaţional;
   - trăirea unor stări afective pozitive.

b. Tehnica utilizată: jocul.

c. Descrierea exerciţiului:
   - Varianta A: Copiii sunt aşezaţi în picioare, în cerc. Terapeutul ţine în mână un ursuleţ de pluş. Fiecare participant, pe rând, va arunca ursuleţul unei persoane din grup şi-şi va spune numele. Cel care primeşte ursuleţul îl va arunca unei alte persoane şi tot aşa până când se va afla numele fiecăruia.
   - Varianta B: Aceeaşi aşezare. Fiecare, pe rând, va arunca ursuleţul unui membru al grupului şi acesta trebuie să-şi spună numele când primeşte ursuleţul.

- Varianta C: Aceeași așezare. Aceleași cerințe, numai că de data aceasta rostirea numelui va fi însoțită de o afirmație prin care fiecare trebuie să spună celorlalți ce-i place cel mai mult: „Mă numesc... și mie îmi place cel mai mult să...".

La acest exercițiu participă și terapeutul pentru a stabili cu copiii o relație apropiată, securizantă. Prezența sa are menirea de a sparge toate barierele care provoacă inhibiția copilului și de a asigura o bună desfășurare a exercițiului.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

S-a realizat un prim contact ce a facilitat familiarizarea cu ceilalți, obținându-se în același timp detensionarea copiilor. Scopurile au fost atinse.

„Exercițiul salutului"

a. Scopuri:
   - facilitarea libertății de manifestare;
   - reducerea anxietăților, eliminarea inhibițiilor, descărcarea tensiunilor;
   - trăirea unor stări afective pozitive;
   - realizarea unui contact verbal și nonverbal (prin atingere corporală) între membrii grupului.

b. Tehnica utilizată: jocul.

c. Descrierea exercițiului:
   - Partea I: Copiii sunt așezați în cerc. Fiecare trebuie să propună, fie verbal, fie nonverbal, o modalitate de a-i saluta pe ceilalți. Copiii se salută apoi între ei, utilizând formula propusă.
   - Partea a II-a: Este luată spre experimentare, pe rând, fiecare formă de salut propusă anterior. Copiii se plimbă în spațiul camerei și atunci când se întâlnesc se salută conform modalității propuse.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Detensionarea a avut loc. Copiii râd, se simt bine. Din mimica lor se poate desprinde faptul că sunt curioși să afle ce se va întâmpla mai departe. Se înregistrează câteva contacte verbale spontane între copii.

„Exercițiul de mișcare"

a. Scopuri:
   - crearea unei atmosfere de grup pozitive prin uniformizarea trăirilor afective;
   - facilitarea începerii creării coeziunii de grup prin omogenizarea trăirilor pozitive.

b. Tehnica utilizată: terapia prin mișcare și dans.

c. Descrierea exercițiului:

Copiii sunt așezați în picioare, în cerc, ținându-se de mână. Fiecare propune, pe rând, câte o mișcare. Mișcarea propusă este executată de fiecare participant, urmând ca apoi să fie executată de toți în același timp. Pe parcursul desfășurării exercițiului, copiii trebuie să se țină permanent de mâini.
Și la acest exercițiu a participat și terapeutul pentru aceleași motive prezentate la exercițiul 1.
Variantă: același exercițiu pe fond muzical se transformă în dans-terapie centrată pe identificare și coeziune.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Copiii au conștientizat faptul că în grup fiecare membru este acceptat, apreciat pentru ceea ce oferă el, pentru ceea ce este el. De asemenea, copiii au realizat faptul că li se oferă libertatea de manifestare, fără a fi condamnați, criticați pentru ceea ce ei propun, pentru ceea ce ei realizează.

S-au oferit şi s-au primit încurajări.
S-a realizat o atmosferă relaxantă, de voioşie şi bună dispoziţie, pe baza unei implicări totale a tuturor participanţilor în activitatea dans-terapeutică, percepută de copii ca un joc veritabil.
Se remarcă un început de iniţiativă şi spontaneitate la 2 dintre copii.

„Exerciţiul pentru cunoaşterea celuilalt"

a. Scopuri:
   - facilitarea interacţiunii interpersonale;
   - exersarea capacităţii de exprimare, de relatare a unor fapte în prezenţa celorlalţi, eliminarea tensiunilor;
   - obţinerea unor informaţii mai detaliate despre ceilalţi;
   - realizarea unei atmosfere deschise, securizante, propice comunicării autentice.

b. Tehnica utilizată: jocul şi jocul de rol.

c. Descrierea exerciţiului:

Formând un semicerc, pe scaune, copiii sunt aşezaţi perechi, faţă în faţă. Un membru al perechii devine A, iar celălalt B. Pentru cinci minute, A este reporter şi îi pune întrebări lui B, încercând să afle cât mai multe informaţii despre acesta. Apoi are loc inversarea rolurilor şi B devine reporter, iar A este cel care oferă informaţii.
În final, fiecare prezintă celorlalţi informaţiile aflate despre partenerul său. Acesta din urmă are dreptul la sfârşit să ofere celorlalţi informaţii despre el, informaţii pe care consideră că ceilalţi ar trebui să le ştie.
De asemenea, celorlalţi li se permite să pună întrebări.
Nu se admit intervenţiile critice, acuzatoare. Ele sunt descurajate de terapeut, utilizând ca metodă jocul de rol, specific psiho-dramei. Cel agresat este pus să joace rolul acuzatorului, în timp ce agresorul este pus să joace rolul victimei. Acestuia din urmă i se solicită să afirme cum se simte atunci când este bruscat, agresat verbal.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Copiii au reuşit să se cunoască mai bine unii pe alţii. Au descoperit că au unele pasiuni comune. Au simţit faptul că sunt acceptaţi în grup fără condiţionare, că sunt acceptaţi aşa cum sunt (beneficiu de „creştere" afectivă).
Exerciţiul a fost un bun prilej pentru ca fiecare copil să-şi sporească încrederea în forţele proprii, să-şi optimizeze implicit imaginea de sine, deoarece fiecare a prezentat celorlalţi ceva, timp în care toţi ceilalţi îl ascultau cu atenţie, dovedind respect şi acceptare.
S-a creat astfel un climat securizant, deschis, care să permită, pe viitor, o comunicare autentică.
S-au pus bazele unei motivaţii pozitive pentru viitoarea participare la şedinţele de grup.

III.2. A doua sesiune

Obiectivul sesiunii: centrarea pe relaţiile afective şi dezvoltarea empatiei.
Exerciţii-suport pentru atingerea obiectivului:

„Exerciţiul numelui"

a. Scopuri:
   - reamintirea numelor celor din grup;
   - experimentarea diferitor stări psihice şi asocierea lor cu propriul nume;
   - autoconştientizarea propriilor trăiri;
   - exersarea capacităţilor empatice.

b. Tehnicile utilizate: jocul, lucrul cu vocea și stările emoționale.

c. Descrierea exercițiului:

Copiii sunt așezați în cerc, în picioare. Fiecare, pe rând, își spune numele, încercând să răspundă solicitărilor terapeutului. Acesta propune ca rostirea numelui să fie însoțită de o anumită stare pe care copiii trebuie să încerce să o trăiască. Astfel, terapeutul va cere fiecărui copil să-și rostească numele cu încredere. Are loc și o rostire a numelui realizată în același timp și asociată cu aceeași stare de către întreg grupul. Se experimentează rostirea numelui și în asociere cu următoarele stări: veselie, tristețe, curaj, teamă, umilință, mândrie.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Copiii și-au putut reaminti numele colegilor lor. Mai important este faptul că, prin acest exercițiu, ei au avut posibilitatea să-și orienteze atenția spre propria persoană, să experimenteze anumite stări, să observe cum se simt în anumite situații pe care le trăiesc și le conștientizează, conform principiului de bază al terapiei experiențiale „aici și acum". Acest exercițiu a fost o primă încercare în cadrul grupului de a-l determina pe copil să-și observe propriile trăiri, să se concentreze asupra propriei persoane, condiție fundamentală pentru autodezvoltare.

În acest timp, copiii au avut posibilitatea de a trăi împreună anumite stări, fapt care ar putea provoca în plan interior *insight*-uri cu privire la normalitatea acestor procese: este firesc să fii trist, vesel, mândru, umil; fiecare poate trăi în anumite momente ale vieții sale astfel de stări. Este aplicat astfel un alt principiu de bază al terapiei experiențiale: activare – descoperire – deplasare către o problemă reală din viața individului.

Exercițiul a permis copiilor să observe timbrul vocii celorlalți, ce trădează sentimente de încredere, curaj, tristețe, mândrie etc. În acest mod, ei au participat la un adevărat exercițiu de educare a capacităților empatice, având posibilitatea să experimenteze transpunerea personală în starea celuilalt. Este astfel exersată funcția cognitivă a empatiei. Identificarea stării celuilalt în funcție de sonoritate și de timbrul vocii facilitează exersarea comunicării de tip empatic, cea care permite manifestarea unui comportament cooperant, de înțelegere reciprocă între parteneri.

Se pun astfel bazele unei bune comunicări interpersonale.

„Exercițiul salutului"

a. Scopuri:
   - crearea unei stări de bună dispoziție energizantă;
   - facilitarea contactelor interpersonale verbale și nonverbale;
   - exersarea capacităților empatice.

b. Tehnica utilizată: dramatizarea.

c. Descrierea exercițiului:

Copiii se plimbă în spațiul camerei. Terapeutul cere acestora ca atunci când se întâlnesc să experimenteze diferite forme de salut: să se salute ca niște oameni obosiți, încrezători, supărați, fericiți etc. Sunt permise atât reacțiile verbale, cât și cele nonverbale.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

S-au obținut din nou aceleași efecte descrise la exercițiul anterior: conștientizarea propriilor trăiri, observarea reacțiilor externe ale celorlalți aflați sub imperiul experimentării anumitor stări psihice (fericire, supărare, sentimente de încredere în sine etc.) și deci exersarea capacităților cognitiv-comunicaționale empatice.

Copiii au interacționat unii cu alții, iar rolurile pe care le-au avut de interpretat i-au dus la trăirea colectivă a unor stări afective pozitive care au deschis canalele de comunicare între membrii grupului. S-au pus bazele coeziunii de grup.

„Lupta cu obstacolul"

a. Scopuri:
   - exersarea disponibilităţii de a primi şi oferi ajutor;
   - creşterea stimei de sine prin capacitatea de a-i ajuta pe alţii;
   - creşterea autoafirmării şi a cooperării;
   - conştientizarea propriilor trăiri;
   - antrenarea empatiei în relaţiile interpersonale.

b. Tehnica utilizată: jocul.

c. Descrierea exerciţiului:

Copiii sunt aşezaţi în cerc, ţinându-se de mână. Unul dintre ei iese din cerc şi se aşază cu spatele la ceilalţi, timp în care aceştia, fără a da drumul la mâini, trebuie să se combine, să se aranjeze în aşa fel încât copilului din afara grupului să-i fie cât mai greu să refacă unitatea cercului.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

S-a creat o atmosferă de bună dispoziţie, facilitată mai ales de situaţia amuzantă în care sunt puşi copiii: o rupere rapidă a unităţii cercului, o „construcţie spontană" din corpurile lor a unei dimensiuni fără nume în care spaţiul personal e încălcat, iar poziţia incomodă este resimţită de către toţi participanţii. Cu toate acestea, copiii sunt fericiţi pentru că simt că sunt uniţi, puternici, iar construcţia rapidă a ceea ce ei şi-au propus le-a oferit satisfacţie în foarte scurt timp.

Perspectiva recăpătării confortului personal îi face să nu fie ostili faţă de adversar (cel ce are sarcina de a reface unitatea cercului), primind ca pe o adevărată binecuvântare orice reuşită a acestuia.

Au fost situaţii când „încurcăturile" s-au complicat şi mai tare, fapt care a stârnit cascade de râs.

Buna dispoziţie a dus la un început de formare a coeziunii şi unităţii grupului. Au fost situaţii când protagoniştii au trebuit să fie stimulaţi de terapeut pentru a oferi ajutor. Spontaneitatea interrelaţionării în grup nu s-a obţinut până la acest nivel al desfăşurării întâlnirilor de grup. Copiii au conştientizat însă cât de important este să se ajute unii pe alţii. Ei au înţeles că în acest fel satisfacţia este resimţită atât de cel ce oferă ajutorul (creşterea stimei de sine), cât şi de cel ce primeşte ajutorul (reducerea tensiunilor, a anxietăţilor, a sentimentelor de neputinţă în lupta cu obstacolul, trăirea sentimentelor de satisfacţie o dată cu „câştigarea bătăliei").

În timpul confruntării cu obstacolul, protagonistul a fost condus de către terapeut spre conştientizarea propriilor sentimente, trăiri, în faţa greutăţilor. Astfel, prin răspunsurile la întrebările terapeutului: „Cum te simţi", „Ce părere ai?", „Ce ai dori să faci acum?", s-au produs două fenomene esenţiale. Pe de o parte, cel în cauză era dirijat spre observarea a ceea ce se petrece în interiorul său „acum", când este pus într-o situaţie dificilă, iar pe de altă parte, verbalizând ceea ce a descoperit în interiorul fiinţei sale, făcea cunoscut celorlalţi ceea ce simte el, tensiunile, neliniştile sale. În acest mod, toţi ceilalţi copii au avut ocazia ca indirect să se transpună în situaţia celuilalt, să compare felul în care cred ei că s-ar simţi dacă ar fi în locul protagonistului cu ceea ce simte în realitate acesta. A fost posibilă astfel apariţia unui fenomen de empatizare, reflectat în ofertele de suport comprehensiv şi faptic pentru protagonist. Efectul l-a reprezentat implicarea tuturor copiilor în „lupta cu obstacolul", în refacerea unităţii cercului. S-a înfăptuit în acest fel şi cooperarea între toţi membrii, realizându-se chiar manifestarea unităţii grupului în faţa dificultăţii.

Au fost înregistrate nenumărate situaţii de autoapreciere pozitivă datorită soluţiilor propuse, datorită ajutorului oferit, urmată implicit de o creştere a stimei de sine, a imaginii de sine, de o întărire evidentă a încrederii în propriile capacităţi. A fost înlăturată, prin utilizarea

jocului de rol, orice încercare de agresare verbală a celuilalt. Cei în cauză au fost puși, în condițiile opririi temporare a jocului și dirijării atenției tuturor asupra lor, să joace rolurile opuse (de agresor și agresat), să conștientizeze stările neplăcute cauzate de situația interrelațională conflictuală. Astfel, prin descoperire, copiii au ajuns la conștientizarea efectelor benefice ale unei interrelaționări neconflictuale în cadrul grupului, a unei interacțiuni bazate pe o înțelegere empatică a celuilalt, pe un climat tolerant, de respect mutual. Copiii au aderat la aceste norme de comunicare în grupul lor, promovând mereu respectul, înțelegerea, ajutorul reciproc, comunicarea verbală și nonverbală nonagresivă. S-a remarcat o participare totală, deplină, a tuturor copiilor în cadrul acestui exercițiu. Aceasta demonstrează faptul că plăcerea jocului resimțită de toți copiii a dus la uniformizarea trăirilor afective pozitive.

„Sculpturi din corpuri umane"

a. Scopuri:
   - focalizarea atenției asupra propriului corp;
   - conștientizarea conexiunilor dintre unele reacții fiziologice și trăirea anumitor stări psihologice;
   - conștientizarea grupului ca întreg și întărirea sentimentului de apartenență la grup;
   - focalizarea întregului grup pe rezolvarea în comun a unei sarcini;
   - facilitarea contactelor verbale și nonverbale.

   Scop metodologic:
   - observarea gradului de coeziune a grupului până în acest moment al desfășurării programului terapeutic.

b. Tehnica utilizată: metafora corporală – tehnica „sculpturală" a posturii.

c. Descrierea exercițiului:

   Varianta A: Copiii se plimbă în spațiul camerei. La semnalul terapeutului, ei trebuie să se oprească din mers și să realizeze din corpul lor o statuie. Apar astfel în cameră 12 „statui umane" care au sarcina de a-și orienta atenția spre sine pentru a-și observa reacțiile fiziologice și trăirile, gândurile. Pe rând, fiecare statuie „capătă darul vorbirii" și verbalizează starea ei interioară.
   Varianta B: Participanților li se cere să construiască din corpurile lor un grup statuar. Terapeutul permite desfășurarea contactelor verbale și nonverbale între membrii grupului în vederea rezolvării sarcinii primite.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

   Au fost realizate conștientizări ale propriilor trăiri, realizându-se corelații între stările fiziologice și stările psihologice: „Sunt trist pentru că sunt foarte încordat", „Sunt vesel, sunt puternic pentru că stau de parcă aș boxa". Exercițiul a permis din nou antrenarea capacităților de autoexplorare și autoconștientizare.
   Punerea în situații „paradoxale" pentru copii – a fi statuie și a avea viață – le-a creat acestora imaginea desfășurării unui joc, ceea ce a determinat o participare deplină, fiecare simțindu-se gratificat emoțional.
   Confruntarea cu o problemă comună tuturor participanților a condus la sporirea numărului interacțiunilor verbale și nonverbale. S-au exprimat idei, s-au afirmat opinii. S-a manifestat spiritul cooperant. Au existat exemple de tolerare a unor comportamente de asertivitate a unor copii. S-a ajuns la o selecție finală ce s-a dovedit a fi mulțumitoare pentru toți participanții. Au existat remarce pline de umor la adresa „producției de grup". Atmosfera a fost de voioșie și bună dispoziție, chiar dacă unii s-au implicat mai mult, iar alții mai puțin, fapt care ne îndreptățește să credem că a sporit, cu ajutorul acestui exercițiu,

coeziunea grupului. Acesta este beneficiul cel mai important – faptul că şi-au demonstrat unii altora că reuşesc să comunice ca un întreg, ca o totalitate, fără a se agresa unii pe alţii, manifestând comportamente de toleranţă, înţelegere, apreciere a celorlalţi.
Astfel, grupul se afirmă încă o dată ca un spaţiu securizant, de acceptanţă necondiţionată a fiecăruia.
Grupul statutar este o metaforă a coeziunii grupului ce începe să se dezvolte. Interpretând metafora, am putea spune că exprimă dorinţa copiilor de a fi împreună, de a găsi sprijin emoţional unul în celălalt, de a învăţa, de a „creşte", de a se dezvolta împreună. Metafora este o dovadă a speranţei pe care copiii şi-o pun în acest grup, speranţa găsirii liniştii personale, rezolvării conflictelor personale, trăirii unor clipe plăcute, gratificante.

„Afişul grupului"

a. Scopuri:
- creşterea gradului de coeziune a grupului prin centrarea pe o sarcină comună;
- trăirea unor stări afective pozitive;
- manifestarea liberei iniţiative;
- facilitarea comunicării verbale şi nonverbale;
- exersarea şi optimizarea capacităţilor de relaţionare.

Scop metodologic (diagnostic experienţial):
- observarea gradului de coeziune a grupului, atins până în momentul desfăşurării acestui exerciţiu, exprimat metaforic prin desen, evidenţiat de înregistrarea video care surprinde relaţiile interrelaţionale dintre copii.

b. Tehnici utilizate: art-terapia, desenul – ca tehnică expresivă.

c. Descrierea exerciţiului:

Copiii sunt aşezaţi în jurul unei mese. Pe masă se află o bucată de carton mare, alb şi creioane colorate. Toţi copiii contribuie la realizarea desenului colectiv cu tema „grupul nostru". Este descurajată orice intervenţie critică, acuzatoare. Sunt încurajate cooperarea şi întrajutorarea.
După realizarea afişului, copiii trebuie să-i găsească un titlu.
Terapeutul apreciază pozitiv, în finalul exerciţiului, rezultatul muncii copiilor, gratificând verbal comportamente care au facilitat o bună comunicare.
În final, este realizată o discuţie cu toţi participanţii pe tema „munca în grup", subliniindu-se avantajele acesteia, precum şi condiţiile favorizante ei.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

S-a remarcat o uşoară inhibiţie, o întârziere în începerea activităţii, fapt absolut normal, deoarece experienţa comună a membrilor grupului este destul de redusă.
S-au remarcat unele comportamente asertive, de luare a deciziilor şi o tendinţă de dirijare a celorlalţi la doi dintre participanţi (I. şi M.). Tendinţele agresive au fost temperate de către terapeut care a atras de partea sa întregul grup, impunând un comportament cooperant care să ofere însă fiecărui copil libertate de exprimare. Cei doi au aderat şi ei la aceste tipuri de manifestări.
Au apărut unele rezistenţe concretizate în întârzierea începerii propriului desen şi observarea atentă a celorlalţi membri ai grupului. Această rezistenţă a fost explicată chiar de subiecţii în cauză: „nu ştiu cum să desenează un om". A apărut astfel teama inconştientă de a nu fi ridiculizat, de a nu fi criticat. Terapeutul, atrăgând grupul de partea sa, a reuşit să îi deblocheze pe cei trei copii care au primit încurajări din partea celorlalţi pentru a desena „aşa cum pot ei".
S-au manifestat comportamente cooperante.

Prin deblocare s-a produs „spargerea" rezistențelor mai mari sau mai mici instalate și la nivelul celorlalți copii. Cu toții au conștientizat din nou caracterul securizant al grupului, bazat pe înțelegere, cooperare, suport emoțional, stimulator pentru relațiile interpersonale, pentru libertatea de manifestare a fiecăruia.

S-a produs astfel ceea ce gestaltiștii consideră a fi un principiu de bază în manifestarea proceselor de grup gestalt „extensia conștientizării de grup".

Descoperirea unui climat de acceptanță, securizant pentru propria persoană, s-a obiectivat în reacțiile spontane prin care copiii au atribuit nu un singur titlu, ci mai multe afișului lor și în discuțiile libere, intervențiile spontane ale majorității membrilor grupului cu privire la tema „munca în grup".

Copiii au conștientizat că pentru a reuși o activitate în grup trebuie să existe înțelegere, cooperare și întrajutorare, respect și acceptare a celuilalt. Se poate spune că au descoperit împreună unele norme ce duc la o bună comunicare în cadrul grupului.

III.3. A treia sesiune

Obiectivele sesiunii:

- cunoaștere și intercunoaștere;
- coeziune și creativitate.

Exerciții-suport pentru atingerea obiectivelor:

„Exercițiul confruntării cu o situație dificilă"

a. Scopuri:
   - trăirea sentimentelor de apartenență la grup;
   - experimentarea frustrării, determinată de sentimentul respingerii prin nonapartenență la grup;
   - autoperceperea gândurilor și sentimentelor într-o situație dată;
   - confirmarea și stimularea în grup a asertivității;
   - facilitarea relaționării și creșterea coeziunii grupului;
   - trăirea unor stări afectiv-motivaționale pozitive;
   - autodezvăluirea unor trăsături caracteriale.

b. Tehnica utilizată: terapia prin joc.

c. Descrierea exercițiului:

   Varianta A: Un copil se oferă voluntar pentru a fi protagonistul acestui exercițiu. Ceilalți alcătuiesc un cerc, ținându-se strâns de mâini. Protagonistul stă în centrul cercului și va trebui să încerce să iasă din cerc. Se formează astfel două tabere inegale din punctul de vedere al forțelor.

   Varianta B: Protagonistul se află de data aceasta în afara cercului.

   În acest exercițiu toți componenții grupului vor experimenta rolul protagonistului și vor fi ghidați de terapeut spre conștientizarea propriilor trăiri, gânduri, în timpul confruntării cu „obstacolul".

   Terapeutul încearcă să mobilizeze grupul pentru a oferi suport, încurajări verbale celui care încearcă să-și soluționeze problema actuală.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

   Exercițiul a pus, prin cerința sa, copilul într-o situație-problemă. De aceea, reacția copilului poate fi considerată o proiecție a propriului mod de a acționa, de a se comporta în viața reală atunci când se confruntă cu o situație conflictuală.

Prin aplicarea tehnicii de focalizare pe propria persoană, terapeutul a provocat copilul la un comportament de autorecunoaştere, de autoconştientizare a propriilor modalităţi de a acţiona. Acesta a avut astfel prilejul să observe dacă acţiunile sale sunt eficace sau nu. I s-a oferit, de asemenea, posibilitatea de a adopta şi experimenta noi atitudini, conduite şi comportamente într-un context în care teama de risc nu poate fi invocată.

Aşadar, pe lângă o autoconştientizare şi autodezvăluire a propriilor căi de a acţiona, a avut loc şi un proces de evaluare a acestora, de învăţare, de descoperire de noi modalităţi de acţiune. Astfel, copilul este singurul care acţionează asupra sa, încercând să se schimbe în vederea unui comportament adaptativ mai bun. În acest mod, copilul devine responsabil pentru propria dezvoltare şi este pus în aplicare şi respectat un alt principiu care stă la baza proceselor de grup experienţiale: folosirea experimentului de grup de către un lider care se implică.

Verbalizând strategiile lui de acţiune, protagonistul a oferit celorlalţi participanţi ocazia de a-şi compara propriile strategii de abordare a unei probleme cu ale lui. În felul acesta, copiii şi-au putut restructura şi în mod indirect anumite modalităţi de acţiune în situaţii dificile, învăţând, preluând câte ceva de la ceilalţi. Apoi au avut ocazia să-şi experimenteze vechile şi noile achiziţii. S-au produs astfel *insight*-uri la nivelul conştiinţei fiecărui participant. Au experimentat atât sentimentul plăcut al apartenenţei la grup, care inspiră siguranţă, încredere în sine, cât şi sentimentul frustrant al respingerii, al deznădejdii, ca rezultat al confruntării pe cont propriu cu obstacolul.

Exerciţiul a permis trăirea unor stări de mobilizare, de autoreîntărire a încrederii în sine, care i-au permis fiecăruia să învingă obstacolul, precum şi trăirea sentimentelor de satisfacţie datorate doborârii obstacolului. S-a asigurat astfel, de fiecare dată, gratificarea comportamentului.

S-a creat o adevărată cooperare între membrii grupului pentru a oferi susţinere şi încurajare fiecărui participant. Au trăit împreună bucuria reuşitei, creându-se astfel o adevărată unitate de simţire a grupului.

În urma acestor exerciţii au crescut spontaneitatea, calitatea relaţionării, autenticitatea şi coeziunea grupului.

Grup statuar „Maşina umană"

a. Scopuri:
   - facilitarea contactelor interpersonale;
   - declanşarea unor trăiri afective pozitive;
   - creşterea autoafirmării şi cooperării;
   - creşterea coeziunii grupului;
   - stimularea resurselor creative.

b. Tehnica utilizată: jocul simbolic (metafora posturală).

c. Descrierea exerciţiului:

   Copiii trebuie să construiască împreună, din toţi membrii grupului, o „maşină umană" care să aibă şase picioare pe pământ şi două mâini. În ridicarea acestei construcţii trebuie să se implice toţi participanţii.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

   Sarcina, fiind destul de grea la prima vedere, a solicitat multe discuţii şi încercări de ridicare a construcţiei. Pentru copii a fost un bun prilej de interacţiune, de afirmare a propriilor idei, opinii. De asemenea, procesul creării „maşinii" a determinat apariţia a numeroase situaţii hazlii ce au produs bună dispoziţie în rândul participanţilor. Terapeutul a stimulat comportamentele cooperante, tolerante şi a contracarat apariţia oricărui comportament agresiv. Au fost încurajaţi de terapeut să-şi afirme ideile şi copiii mai timizi, şi

cei cu tendințe de manipulare. De asemenea, copiii au fost susținuți în exprimarea unui număr cât mai mare de idei și soluții. Au fost astfel stimulate și resursele creative.
În procesul de construcție, toți copiii au trăit aceleași sentimente de frustrare și gratificare, realizând astfel o unitate a grupului la nivelul planului afectiv. Satisfacția a fost foarte mare după ce au reușit să ridice „o mașină umană" care să respecte cerințele impuse.
În final, copiii au conștientizat și verbalizat alte efecte pozitive ale muncii în grup: „Am participat toți"; „În grup, dacă participă toți, apar cât mai multe idei"; „Cu cât sunt mai multe idei, cu atât este mai bine, pentru că avem de unde alege".
Acest exercițiu i-a apropiat din nou pe copii, i-a făcut să se simtă bine împreună. S-a amplificat astfel dorința de a fi împreună, de a se întâlni și de a-și petrece timpul împreună. Aceasta este o dovadă a faptului că a crescut coeziunea grupului.

III.4. A patra sesiune

Obiectivul sesiunii: activarea și optimizarea resurselor creative și integrative.
Exerciții-suport pentru atingerea obiectivelor:

„Exercițiu de mimodramă"

a. Scopuri:
   - stimularea expresivității verbale și nonverbale;
   - antrenarea capacităților empatice;
   - trăirea unor stări afective pozitive.

b. Tehnica utilizată: terapia prin mișcare.

c. Descrierea exercițiului:

Terapeutul propune copiilor să formeze un cerc. Fiecare, pe rând, va trebui să prezinte celorlalți starea lui de moment, utilizând mimica și pantomimica. Pentru a oferi participanților timp de gândire și pentru a face exercițiul mai antrenant, se propune ca exteriorizarea unei stări să se facă după două bătăi din palme realizate în același timp de către toți membrii grupului. Copiii trebuie să identifice starea protagonistului. După mai multe încercări de recunoaștere sau după identificarea corectă a stării, toți participanții încearcă să imite mimica, gestica protagonistului și să trăiască starea acestuia.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Exercițiul a oferit copiilor posibilitatea de a se transpune în starea celuilalt. Ei au experimentat o anumită stare și au asociat-o cu o anumită expresivitate corporală.
Exercițiul a oferit copiilor posibilitatea realizării unui antrenament empatic dirijat care a avut avantajul validării unei experiențe empatice sigure, de calitate și într-o unitate de timp scurtă.
De asemenea, caracterul antrenant al exercițiului a favorizat manifestarea spontaneității și a inițiativei. Faptul că soluțiile și propunerile venite din partea copiilor apar în mod spontan, fără intervenția terapeutului, dovedește că aceștia se simt bine în grup, îl consideră un spațiu de siguranță ce permite libertatea propriei manifestări. Toate acestea dovedesc și o coeziune crescută a grupului.
A fost antrenată și exersată capacitatea de observare atentă a comportamentului celuilalt. Copiii au conștientizat faptul că pot să afle multe despre celălalt numai urmărindu-i mimica, gestica, postura. Ei au ajuns la concluzia că atunci când identifici corect starea celuilalt, știi cum să comunici cu el astfel încât să obții o bună relaționare.

„Exerciţiu de creaţie"

a. Scopuri:

- stimularea expresivităţii şi creativităţii;
- dezvoltarea capacităţii de a oferi suport comprehensiv, empatic, stimulativ în relaţiile interpersonale;
- confirmarea şi stimularea în grup a asertivităţii, a importanţei personale pentru ceilalţi;
- realizarea proceselor de provocare şi proiecţie cu scopul producerii *insight*-urilor restructurante.

b. Tehnici utilizate:

- modelaj în plastilină – tehnică art-terapeutică;
- povestirea – tehnică experienţial-expresivă.

c. Descrierea exerciţiului:

Copiii modelează în plastilină diferite obiecte. Realizează apoi o povestire cu elementul construit. Se realizează şi o povestire colectivă ce cuprinde toate construcţiile realizate de ei. În final, se prezintă impresiile referitoare la modul în care au lucrat în cadrul acestui exerciţiu, învăţămintele desprinse în urma desfăşurării exerciţiului.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

În prima parte nu s-au înregistrat blocaje. Fiecare copil a început să lucreze imediat după ce i s-a spus ce trebuie să facă. S-a manifestat comportamentul cooperant, de întrajutorare, copiii dovedindu-se foarte implicaţi în a oferi sprijin celorlalţi, mai ales doi dintre ei (A. şi N.). Modelajul în plastilină a oferit copiilor libertatea de expresie. Ei au modelat ceea ce au vrut, ceea ce s-au priceput să modeleze. Temele au fost alese în funcţie de dorinţele şi trebuinţele lor de manifestare. Implicarea tactică, dar şi kinestezică au răspuns nevoii lor de acţiune, de mişcare. Crearea unei povestiri pe baza elementului modelat a ridicat însă unele probleme emoţionale şi blocaje în cazul unor copii. Aceasta s-a datorat probabil şi faptului că era prima oară când trebuiau să prezinte verbal celorlalţi activităţile lor. În ce priveşte doi dintre copii, terapeutul le-a mai acordat timp de gândire, solicitând alţi copii. Exprimarea greoaie, lipsa de fluenţă şi, uneori, chiar incoerenţa sunt o dovadă a gradului ridicat de emotivitate pe care l-au avut copiii.

Dar se poate considera că exerciţiul a avut un efect benefic pentru copii, finalizându-se cu reuşita verbalizării poveştii de către fiecare. O contribuţie importantă a avut-o grupul prin comportamentul său comprehensiv şi stimulativ. Gratificările exprimate prin aplauze după fiecare povestire au adus un sentiment de mulţumire personală fiecărui copil, de creştere a autostimei. Pentru unii copii, atât modelarea în plastilină, cât şi povestirea au constituit un bun prilej de descărcare emoţională, de proiecţie a propriilor nevoi şi trebuinţe. Gruparea elementelor modelate şi introducerea lor într-o singură povestire au creat din nou sentimentul apartenenţei la grup, a dezvoltării capacităţii de a oferi suport comprehensiv, empatic, stimulativ în relaţiile interpersonale. Copiii au fost mulţumiţi că au reuşit să facă o povestire împreună, pentru că au spus glume, pentru că fiecare a avut posibilitatea de a-şi exprima opiniile. Ei au apreciat faptul că au putut coopera şi s-au putut inspira din ideile celorlalţi. Au conştientizat că au învăţat cum să muncească în grup, să se respecte unii pe alţii, să se ajute, să facă schimb de idei.

Exprimarea individuală, dar şi posibilitatea de exprimare colectivă oferită de tehnicile art-terapeutice utilizate au răspuns unor nevoi oarecum paradoxale ale copiilor. Pe de o parte, a fost satisfăcută prin procesul de creaţie trebuinţa de valorizare, de recunoaştere a capacităţii lor personale, iar pe de altă parte, nevoia de identificare cu grupul, de omogenizare a performanţelor care menţin sentimentul de securitate, de acceptare necondiţionată a propriei persoane de către restul grupului.

III.5. A cincea sesiune

Obiectivul sesiunii: abilitarea pentru o mai bună comunicare, în general, şi cu părinţii, în special.

Exerciţiu-suport pentru atingerea obiectivului:

a. Descriere:

Acesta este un exerciţiu de vizualizare. Terapeutul cere copiilor să-şi găsească o poziţie comodă, să închidă ochii şi să-şi imagineze ceea ce le spune el. Pe un fond de relaxare, terapeutul induce copiilor un mic scenariu în care aceştia se proiectează în viitor, cam la vârsta părinţilor lor, având în grijă un copil de 10 ani (vârsta copiilor de clasa a IV-a) care, într-un cadru ce a fost ales de fiecare în parte, manifestă un comportament care îi supără/ deranjează. Trebuind să răspundă la întrebarea „Oare ce să fac? Cum să mă port cu copilul meu acum?", participanţii au posibilitatea să-şi creeze propriul scenariu de intervenţie educativă pentru copilul neastâmpărat. La revenirea din relaxare, sunt invitaţi să-şi imagineze că, în mod miraculos, copiii devin şi în realitate „părinţi".

„Acum voi sunteţi părinţii din vis. Aţi venit la o întâlnire cu alţi părinţi să le spuneţi ce vi s-a întâmplat şi cum v-aţi gândit să rezolvaţi problema cu părinţii." Se introduce astfel dramatizarea terapeutică.

Fiecare copil prezintă celorlalţi visul său. Apoi, fiecare îşi va juca propriul rol din „vis". După interpretarea spontană a „visului", terapeutul, utilizând ca tehnică interogaţia-ghid, cere fiecărui protagonist să verbalizeze ce a simţit atunci când a jucat rolul şi ce crede că a simţit celălalt. La această analiză pot interveni, reacţionând într-un mod empatic, şi ceilalţi copii. Sunt permise şi inversarea rolurilor, şi jucarea pe baza aceluiaşi scenariu a altor tipuri temperamentale şi caracteriale ale personajelor.

b. Tehnici utilizate: metafora terapeutică şi drama-terapia (jocul de rol).

c. Efecte obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Exerciţiul a permis copiilor să-şi orienteze din nou atenţia asupra propriei persoane, să-şi autoperceapă propriile simţiri, propriile gânduri, ca şi pe cele ale „rolurilor" parentale introiectate sau dezirabile. Prin jocul de rol s-a putut înfăptui o transpunere substitutivă în psihologia unui personaj, realizându-se astfel un proces de formare a copiilor în scopul înţelegerii altora. Prin dramatizare, copiii au experimentat noi atitudini, conduite şi comportamente, fără teamă de risc. Au descoperit prin autoinspectare şi prin analiza celorlalţi care sunt mecanismele ce acţionează în cadrul comunicării dintre oameni. Au conştientizat factorii care au facilitat o bună comunicare şi pe cei care au dus la o comunicare tensionată şi chiar la întreruperea acesteia (dacă aşteptările nu coincid se ajunge la conflict; minciuna, obrăznicia în relaţiile părinţi – copii duc adesea la conflict). Au perceput diferite raporturi de comunicare existente între părinţi şi copii. S-au experimentat astfel conflicte intra- şi interpersonale, precum şi aspiraţii, dorinţe şi aşteptări, deoarece jocul de rol a determinat realizarea de fenomene de provocare şi proiecţie la nivelul fiecărui individ. S-au produs astfel descărcări emoţionale şi *insight*-uri restructurante. S-a realizat în acest mod o experienţă comună de transfigurare, de maturizare afectivă, cognitivă şi comportamentală.

Exerciţiul a permis nenumărate situaţii de exprimare a propriilor opinii, fapt ce a dus la creşterea autonomiei, la valorizarea şi recunoaşterea capacităţilor personale şi a resurselor de care dispune fiecare.

S-a exersat şi expresivitatea verbală. Acceptarea opiniilor, a diferenţelor dintre ele, inexistenţa criticii au dus la creşterea cursivităţii şi coerenţei verbale – ceea ce a sporit asertivitatea. Atmosfera degajată, implicarea totală a copiilor, interpretarea cu umor a diferitelor roluri au determinat strângerea şi mai puternică a relaţiilor existente între membrii grupului.

III.6. A şasea sesiune

Obiectivul sesiunii: optimizarea comportamentului rezolutiv-creativ în grup.
Exerciţiu-suport pentru atingerea obiectivelor:

a. Descriere:

Copiii au la dispoziţie hârtie glasată, hârtie creponată, lipici, globuri pisate etc. Terapeutul le cere să realizeze cu aceste materiale o lucrare comună. Tema trebuie să şi-o stabilească singuri. După realizarea temei, fiecare copil trebuie să-şi aleagă un element din lucrare şi să încerce să se identifice cu el (metafora terapeutică). Copilul-protagonist trebuie să verbalizeze cum se simte în pielea acelui element, ce-şi doreşte el; are dreptul să-şi modifice poziţia, să comunice, dacă vrea, cu orice alt element de pe planşă. Grupul va încerca să satisfacă doleanţele protagonistului şi chiar să intre în dialog cu el, utilizându-se astfel jocul de rol. În final, grupul va da un titlu lucrării.

b. Tehnici utilizate:

- art-terapia – tehnica colajului;
- drama-terapia – jocul de rol;
- metafora terapeutică.

c. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Copiii au experimentat fenomenul luării deciziei în cadrul unui grup informal. Ei au descoperit că este bine să se propună întâi cât mai multe teme, după care să aleagă una astfel încât să satisfacă doleanţele întregului grup.
Exerciţiul a oferit posibilitatea exercitării unor relaţii de cooperare şi întrajutorare. S-a remarcat chiar frecvenţa acestor tipuri de manifestări. A existat o permanentă comunicare verbală şi nonverbală între membrii grupului, crescând vertiginos numărul iniţiativelor verbale.
Orice tentativă de agresare a celuilalt, lucru destul de firesc având în vedere vârsta participanţilor, a fost reprimată de data aceasta nu de către terapeut, ci de copiii din grup, fapt ce demonstrează însuşirea unor norme de comunicare optimă, existenţa sentimentului de respect şi de apreciere a celuilalt.
Exerciţiul a permis copiilor libertatea de manifestare, stimularea potenţialului creativ, exersarea expresivităţii nonverbale. S-au realizat din nou fenomene de proiecţie şi exprimare emoţională în condiţiile în care fiecare copil s-a identificat cu un element. Au avut loc dezvăluiri şi *insight*-uri în urma unor intervenţii drama-terapeutice.

Deosebit de relevant este cazul Otiliei.

Terapeutul: – Tu cine eşti aici, în colaj?
Otilia: – Globuleţul.
T: – Cum te simţi, tu, globuleţule?
O: – Bine. În aer mă leagăn de crenguţa bradului.
T: – Ce vezi tu de acolo de sus?
O: – Cadourile, jos, şi văd când vine Moş Crăciun.
T: – Ce simţi când vine Moş Crăciun?
O: – Vreau să-l rog să-mi aducă nişte prieteni lângă mine, alte globuri.

Transpare aici dorinţa Otiliei de a nu fi singură, de a avea compania celorlalţi. Tot aici iese la iveală strategia maladaptativă a Otiliei: îmi doresc prieteni, dar nu îi caut eu, aştept să vină ei la mine – „să-mi aducă Moş Crăciun".

T: – Păi, atunci, Moş Crăciun o să-ţi îndeplinească dorinţa. Nu-i aşa?

Terapeutul se adresează grupului şi la îndemnul său copiii vin, transpunându-se în rolul globurilor, şi se aşază în jurul Otiliei – transpunere dramatică cu efect în reducerea sentimentului de izolare.

O: – Mă simt bine. Sunt veselă că sunt aproape de mine.

Are loc conștientizarea stării emoționale create de prezența celorlalți.

T: – Ce-ai dori să faci acum?

O: – Să le întreb de unde au venit.

Copiii (*spontan*): – Ne-a adus Moș Crăciun.

O: – Și să le povestesc cum am ajuns eu aici.

T: – Ia povestește-le!

O: – Pe mine m-au luat părinții copiilor din magazin, am stat un an sus, pe dulap, în cutie, și anul acesta m-au dat jos și m-au agățat din nou în pom.

Vorbește despre ea simbolic, în ipostaza de glob.

T (*către celelalte globuri*): – Voi vreți să o întrebați ceva?

C: – Cum te-ai simțit acolo în brad?

O: – Singură. Eram cu beteala lângă mine, dar nu puteam să discut atâtea cu ea. Eu vorbesc mai bine cu globulețele.

C: – Cum ai putut să stai în brad singură, fără să vorbești cu nimeni?

O: – Am suportat.

T: – Călin, te rog să te îndepărtezi puțin de ceilalți. Tu ești globuleț acum, ești singur în pom. (*Se transpune.*) Ce simți?

C: – Mă simt tot singur, trist și aș dori un prieten.

T: – Ce-ai vrea să faci?

C: – Să merg să-l găsesc.

T: – Moș Crăciun, cu bagheta lui magică, îți dă putința de a pleca, de a-ți alege singur locul. Ce-ai face acum?

C: – M-aș duce la ceilalți.

Se duce către ceilalți care-l primesc cu căldură.

T: – Cum te simți acum?

C: – Bine, nu mă mai plictisesc.

Otilia, alegându-și globulețul, proiectează de fapt singurătatea ei. Ea are în jurul său adulți (tatăl este foarte autoritar), dar nu și copii de vârsta ei; este deosebit de timidă și nu prea inițiază contacte verbale, deși și-ar dori. Călin i-a arătat că, dacă vrea să nu mai fie singură, trebuie să meargă să-și caute prieteni. Ulterior, tendința ei de izolare a scăzut simțitor.

A fost un exercițiu care a permis fiecăruia accesul la autodescoperire prin întâlnirea cu celălalt, oferind condiții pentru creșterea încrederii în sine, revalorizarea propriei persoane și a calității întregului grup.

Gradul mare de satisfacție pe care l-au avut copiii s-a reflectat în dorința ca fiecare copil să dea câte un titlu lucrării, să-l scrie și să-și pună semnătura pe afișul realizat.

III.7. A șaptea sesiune

Obiectivul ședinței: autoreglarea și dezvoltarea personală.

Exerciții-suport pentru atingerea obiectivelor:

Exercițiul de „sculptură corporală"

a. Scopuri:
   - exersarea capacităților de autoexplorare;
   - conștientizarea conexiunilor dintre anumite stări fiziologice și anumite stări psihologice;
   - stimularea expresivității și a creativității;
   - antrenarea capacităților empatice.

b. Tehnica utilizată: metafora corporală – tehnica sculpturală.

c. Descrierea exerciţiului:

Exerciţiul se desfăşoară pe perechi A – B.
Varianta 1: A îl modelează pe B. B trebuie să verbalizeze care este starea lui interioară în postura de statuie. A se aşază în faţa lui B în aceeaşi poziţie cu a acestuia (oglinda posturală) şi vorbeşte despre starea lui interioară. Se inversează apoi rolurile.
Varianta 2: A îşi alege o poziţie, spune ce simte, iar B încearcă să-l imite în postură pe A şi să experimenteze stările acestuia. Se inversează apoi rolurile.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Atenţia copilului a fost îndreptată spre sine. Acest exerciţiu continuă seria exerciţiilor ce vizează obişnuirea copilului de a se autopercepe, de a se analiza, de a fi conştient de sine. A prilejuit, de asemenea, continuarea antrenamentului empatic prin încercarea de a se transpune în starea celuilalt. A fost implicată creativitatea, realizându-se libertatea de expresie prin modelarea sculpturii.
În prima variantă se conştientizează efectele intervenţiei în viaţa cuiva (de a modela, de a induce, de a impune). Se dezvoltă capacitatea de a înţelege reacţiile altora la comunicările de tip manipulativ.
În varianta 2 se dezvoltă cunoaşterea emoţională, intuiţia, empatia.

„Dans"

a. Scopuri:

- antrenarea comunicării senzoriale;
- descărcarea tensiunilor şi reenergizarea organismului;
- stimularea expresivităţii corporale.

b. Tehnica utilizată: terapia prin dans şi mişcare.

c. Descrierea exerciţiului:

Varianta A: Copiii sunt aşezaţi pe perechi A – B, cu palmele lipite, faţă în faţă.
Pe muzică, cu ritm gradat, de la lent la rapid, A trebuie să-i impună mişcări lui B.
Se inversează rolurile.
Se verbalizează cele simţite în timpul exerciţiului.
Varianta B: Pe un fond muzical alcătuit dintr-o îmbinare de ritmuri lente şi rapide, copiii au prilejul de a se mişca, de a dansa liber.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Copiii au conştientizat ce simt ei atunci când sunt conduşi de alţii sau când îşi afirmă propria autoritate. Altfel spus, şi-au autopercepu reacţiile în situaţii de supunere şi de impunere a propriei voinţe. Au fost unii care au observat că se simt mult mai bine atunci când sunt conduşi de alţii decât atunci când trebuie să fie ei cei care iau conducerea. Alţii au trăit sentimente gratificante în ambele situaţii. Unii au observat o armonizare între mişcările lor şi cele ale celuilalt partener. S-a experimentat şi ceea ce înseamnă comunicare senzorială. Copiii au perceput intenţiile, dorinţele celuilalt prin intermediul simţurilor, şi nu prin utilizarea limbajului. În cadrul discuţiilor s-au remarcat spontaneitatea, asertivitatea, exprimarea liberă, necenzurată. Toţi au simţit plăcerea mişcării, starea de bucurie datorată fondului muzical. În varianta B a exerciţiului, în urma analizei casetei video s-a putut observa cum, la un moment dat, copiii încep să-şi armonizeze mişcările unii cu alţii, muzica reuşind în final să-i adune pe toţi la un loc. S-a creat astfel omogenizarea trăirilor, adunarea tuturor „sufletelor" într-unul singur, armonic, „sufletul grupului", fapt ce dovedeşte existenţa unui mare grad de coeziune a grupului. O dovadă în plus este faptul că pe durata întregului fragment muzical, majoritatea s-au deplasat de la unul la altul, încercând să-şi armonizeze mişcările, pe rând, cu fiecare membru al grupului.
Datorită stării de bine trăite a avut loc o descărcare a tensiunilor şi reenergizarea organismului.

III.8. A opta sesiune

Obiectivul sesiunii: trăirea unei experienţe comune de autoactualizare, transfigurare, maturizare afectivă, cognitivă şi comportamentală.

Exerciţiu-suport pentru atingerea obiectivelor:

a. Descriere:

Copiii compun împreună o poveste cu 12 personaje. Povestea este apoi dramatizată.

b. Tehnici utilizate:

- povestea – ca mijloc provocator;
- drama-terapia – punerea în scenă a poveştii.

c. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Copiii au creat o poveste care surprinde întâlnirea dintre patru cosmonauţi pământeni – aflaţi în misiune pe planeta Marte – şi marţieni. Povestea iniţială a fost doar un punct de plecare, de stârnire a creativităţii şi spontaneităţii. Luându-şi în serios rolul de „marţian" sau de „cosmonaut pământean", copiii au interacţionat şi au ajuns, după o perioadă de tatonări, de încercări de intrare în dialog a celor două tabere, la conflict. Acesta a fost declanşat de dorinţa pământenilor de „a-i testa" pe marţieni, lucru care i-a deranjat foarte tare pe aceştia. Copiii au fost sfătuiţi de terapeut să ajungă la un compromis, să discute unii cu alţii în fiecare tabără şi să vină cu propuneri de înţelegere (să negocieze).

A fost un adevărat spectacol, deoarece, dată fiind natura agresivă a copiilor la această vârstă, ei au ajuns nu numai la ceartă, ci şi la agresarea, bruscarea celuilalt.

Lăsându-le ceva timp de manifestare pentru a-şi consuma energia, terapeutul s-a văzut nevoit să introducă formula „stop-cadru", cerându-le copiilor să se transforme în statui. În astfel de situaţii de linişte aveau loc discuţii scurte cu privire la ce s-a întâmplat şi la ce ar trebui făcut să se evite situaţiile conflictuale.

Copiii nu au fost în stare să ajungă la o soluţie paşnică. În schimb, faptul că au alergat în tot spaţiul sălii, „au spionat", „au făcut fotografii", „au căzut prizonieri", „au evadat", „au testat şi s-au lăsat testaţi" le-a creat o stare de bună dispoziţie, având posibilitatea de a-şi descărca tensiunile, de a uita de problemele lor, de a trăi din plin fantezia jocului.

Terapeutul a recurs în final la o întâlnire cu un moderator între cele două tabere. Fiecare participant a avut posibilitatea să-şi exprime opiniile, sentimentele cu privire la ceea ce s-a întâmplat. S-au produs astfel o confirmare şi o stimulare în grup a asertivităţii, a importanţei personale pentru ceilalţi, a recunoaşterii capacităţilor personale şi a resurselor de care dispune fiecare. Acest lucru a dus la creşterea stimei de sine, a spontaneităţii şi la optimizarea capacităţilor relaţionale.

S-a observat că nu au fost respectate în totalitate regulile unei bune comunicări, deoarece implicarea afectivă în cadrul exerciţiului a fost puternică la toţi participanţii, fapt care i-a impulsionat pe toţi să-şi afirme propriile nemulţumiri. De aceea, a fost nevoie de intervenţia terapeutului pentru a da pe rând cuvântul fiecăruia. Doar diferenţele temperamentale i-au făcut pe unii să fie mai activi decât ceilalţi.

Este important faptul că singuri au ajuns la găsirea unei soluţii optime pentru situaţia dată: o întâlnire unde se discută în linişte, cu calm şi prietenie.

Copiii au fost puşi în situaţia de a experimenta această nouă soluţie găsită de ei. Singuri au conştientizat că au aflat foarte multe informaţii în acest fel şi că, de data aceasta, toată lumea a fost mulţumită.

Astfel, copiii au avut prilejul să trăiască o situaţie în care au fost implicaţi cognitiv, volitiv şi mai ales afectiv, exerciţiul devenind scena unui proces dinamic de creştere împreună, de transfigurare, de maturizare afectivă, cognitivă şi comportamentală.

III.9. A noua sesiune

Obiectivul sesiunii: activarea şi optimizarea expresivităţii şi creativităţii, a autoafirmării şi cooperării, a capacităţilor empatice.
Exerciţiu-suport pentru atingerea obiectivelor:

a. Descriere:

Se porneşte de la un exerciţiu de fantazare. Cu ochii închişi, copiii sunt îndrumaţi de terapeut să-şi imagineze ţara minunată în care ar vrea să stea. Să observe cu atenţie întreaga ţară şi să aleagă ceva ce place fiecăruia cel mai mult. Acel lucru va trebui modelat în lut. Se realizează apoi o prezentare a elementelor, utilizându-se o poveste.
Se realizează transpunerea în unul dintre elementele create şi se prezintă celorlalţi ţara minunată. Se alcătuieşte o poveste colectivă cu toate elementele.

b. Tehnici utilizate:

- art-terapia – modelaj în lut;
- povestirea – tehnică experienţial-expresivă;
- drama-terapia.

c. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Efectele au fost cam aceleaşi ca la exerciţiul din şedinţa a patra, cu deosebirea faptului că s-au înregistrat o mai bună cooperare, o mai clară şi coerentă expunere a poveştii. Nu s-au mai înregistrat blocaje. S-au manifestat din nou proiecţii ale lumii copiilor în elementele modelate şi în povestirile construite. S-a oferit din nou posibilitatea manifestării asertivităţii, recunoaşterii personale a fiecărui individ şi deci revalorizarea imaginii de sine. Povestea construită în comun dovedeşte mai multă unitate şi coerenţă decât cealaltă. Performanţele grupului s-au îmbunătăţit. S-a glumit mult, realizându-se astfel o adevărată terapie prin râs care a avut ca efect detensionarea şi instalarea unor stări de bine.
Ceea ce aduce nou acest exerciţiu este faptul că fiecare copil este pus în situaţia de a se transpune în obiectele, personajele create de el şi de a prezenta ţara sa minunată. El proiectează astfel toate dorinţele sale conştiente şi inconştiente. S-au explorat şi rezolvat conflicte intrapsihice concomitent cu producerea unor fenomene de catharsis.
În felul acesta, copilul are posibilitatea unei trăiri afective intense prin faptul că pentru câteva minute se poate situa, ce-i drept într-un mod fantezist, în această lume minunată a lui.

III.10. A zecea sesiune

Obiectivul sesiunii: Fixarea şi amplificarea calităţii achiziţiilor comportamentale anterior activate.
Exerciţii-suport pentru atingerea obiectivelor:

„Cutia magică"

a. Scopul:

- autoexplorarea cu scopul producerii *insight*-urilor restructurante;
- antrenarea capacităţilor de relaţionare şi comunicare.

b. Tehnica utilizată: metafora terapeutică.

c. Descrierea exerciţiului:

Copiii au posibilitatea de a lua dintr-o cutie magică orice calitate pe care şi-o doresc şi de care cred că au nevoie. Tot cutia magică e dispusă să primească trăsături pe care copiii consideră

că le au și de care vor să scape. În final, fiecare participant spune ce simte și cum gândește o persoană care a primit tot ceea ce și-a dorit și a aruncat tot ceea ce era rău sau de prisos.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

S-au înregistrat dificultăți în a preciza ce calități și-ar dori să aibă. Aceasta nu dovedește o insuficientă cunoaștere de sine, ci mai degrabă o insuficientă cunoaștere a cumulului de calități umane existente, fapt datorat vârstei.

Exercițiul a fost o reușită, copiii dând cu plăcere cutiei acele calități de care voiau să scape: răutate, egoism, invidie, mândrie, lenevie, ură, minciună, lăcomie. S-au simțit cu totul alte persoane după ce „au aruncat tot ceea ce era mai rău în ei". S-a creat o stare de optimism generalizată, cu aspirații pentru o existență mai bună, propice gratificării propriei persoane.

S-au remarcat din nou acea cursivitate în exprimare, semn al anxietății reduse, datorată efectului de grup, precum și o bună comunicare între membrii grupului.

„Lupta cu obstacolele"

a. Scopuri:

- autoexplorarea cu scopul producerii *insight*-urilor restructurante;
- dezvoltarea capacității de a face față obstacolelor externe (relaționale), dar implicit și interne (blocarea resurselor).

b. Tehnica utilizată: terapia prin joc simbolic.

c. Descrierea exercițiului:

Copiii sunt așezați în cerc, iar protagonistul în mijlocul cercului. Cu câte o mână pe capul protagonistului, toți încep să acționeze ca o forță mică, dar puternică asupra acestuia. Fiecare participant, pe rând, devine protagonist. Se urmăresc reacțiile protagoniștilor, se verbalizează modul în care aceștia s-au simțit.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Sunt conștientizate diferite strategii, metode de acțiune a copiilor când se confruntă cu obstacolul. Copiii descoperă și experimentează noi atitudini, noi modalități de acțiune.

Exercițiul permite o învățare directă și indirectă, din propriile acțiuni și reflecții, dar și din observarea manifestărilor celorlalți.

Climatul destins, relaxant, prilejuiește o învățare prin joc. În cadrul discuțiilor din final se punctează posibilitățile de luptă cu greutățile în viața reală: „Ne luptăm cu ele și dacă vedem că tot nu reușim, trebuie să nu renunțăm", „Să nu ne lăsăm bătuți", „Să nu ne lăsăm copleșiți". Interesantă e afirmația lui I. „Dar dacă problema e foarte, foarte grea pentru noi, trebuie să știm să ne retragem".

„Afișul grupului"

Este realizat cu scop metodologic de validare a experimentului de grup, pentru a fi supus apoi unei analize calitative care să reflecte unele schimbări înregistrate la nivel grupal după desfășurarea întregului program terapeutic.

III.11. Rezultate

Desfășurarea sesiunilor de grup nu s-a realizat la întâmplare. Astfel, în primele trei sesiuni am urmărit utilizarea acelor tehnici care să permită crearea unei atmosfere securizante, de acceptanță necondiționată, capabilă să promoveze deschiderea fiecărui copil către ceilalți, cunoașterea și intercunoașterea, trăirea unor stări afective pozitive comune.

Următoarele sesiuni au permis, datorită dezvoltării unei puternice coeziuni a grupului, observată deja din a patra întâlnire, înfăptuirea unui program de autoreglare şi dezvoltare personală, de optimizare comportamental-relaţională, accentul punându-se pe procesele de conştientizare şi autoconştientizare.

Analiza rezultatelor furnizate de cele patru mijloace prin care s-a realizat evaluarea efectelor modulului de optimizare comportamentală arată faptul că participanţii au înregistrat câştiguri/progrese la nivelul stimei de sine, al asertivităţii, al comunicării verbale şi nonverbale, al cooperării, iniţiativei, creativităţii, spontaneităţii şi umorului. S-au îmbunătăţit capacităţile de relaţionare şi integrare socială.

Pentru o informare mai detaliată cu privire la rezultatele analizei statistice ce a validat acest program de dezvoltare personală pentru copii, puteţi consulta lucrarea *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului* (coord. I. Mitrofan, 2001). Aici ne limităm doar la a afirma că toate răspunsurile copiilor şi mai ales desenele (afişele) grupului demonstrează că pe parcursul întregului program au fost antrenate şi dezvoltate resursele creative ale copiilor. Creativitatea colectivă este rezultatul cooperării şi bunei relaţionări între membrii grupului. Cum productivitatea creativităţii de grup a fost deosebit de mare la nivelul celui de-al doilea desen, afirmăm că, într-adevăr, programul realizat a dus la creşterea capacităţilor relaţionale şi integrative ale copiilor, facilitatoare de performanţă.

Astfel, credem că, urmând programul de optimizare comportamentală, copiii au înregistrat un salt fantastic în domeniul relaţionării, fiind capabili de a realiza contacte umane ce le vor permite o bună integrare (coeziune, unificare, toleranţă, deschidere, flexibilitate).

Ni se pare foarte util să ne oprim asupra diferenţei înregistrate la nivelul elementelor umoristice ce apar în desen. Îndrăznim să afirmăm că este o creştere relevantă, ceea ce sugerează deschiderea copiilor către celălalt, deschidere ce a favorizat productivitatea creativităţii intergrupale şi instalarea cooperării, a unei relaţionări empatice şi în consecinţă pozitive, a optimismului şi a unei noi perspective asupra vieţii.

Afirmaţiile copiilor sunt de asemenea semnificative pentru evidenţierea reuşitei programului de dezvoltare personală şi optimizare relaţională, program perceput de copii ca aducându-le „o mare bucurie", „uitarea tuturor necazurilor", „o recreere a creierului de atâta învăţătură".

E: – Eram bucuroasă să vin la grup pentru că mă jucam şi simţeam că sunt foarte apropiată de colegi. Aceştia erau pentru mine ca nişte fraţi şi mă făceau să mă simt bine, ca într-o familie.

A: – Eram veselă când eram la grup pentru că eram acolo cu copiii şi atunci nu mă mai simţeam singură.

N: – Am învăţat că trebuie să-i ascultăm pe ceilalţi şi să ne jucăm împreună.

E: – Am învăţat să ne respectăm, să-i lăsăm pe alţi copii să vorbească, să vorbim pe rând, să vorbim cu calm. Să nu fim răi cu colegii. Să-i ajutăm pe cei care au nevoie, să dăruim celorlalţi din ceea ce avem noi, să-i facem să zâmbească.

I: – Grupul m-a făcut să mă port mai frumos, mi-a mai dezvoltat puţin mintea, am auzit nişte lucruri noi, am învăţat cum să mă joc cu ceilalţi, că pot să fac mai multe lucruri împreună cu ceilalţi. Am învăţat cum să verific ce-i cu ei, cum se simt ei, cum să aflu dacă mă mint. Se cunosc toate după faţa lor.

O: – Am învăţat lucruri bune: să ne salutăm, să fim generoşi faţă de alţi oameni, cum să mă comport cu colegii, să formulăm poveşti şi... mai multe.

C: – Am înţeles că dacă vreau să obţin ceva, nu trebuie să mă bat, ci să vorbesc frumos.

I: – Nu le mai vorbesc părinţilor cu voce tare pentru că aşa pot obţine mai multe de la ei.

Efectele programului iniţiat au fost relevate şi de comportamentele copiilor observate în cadrul colectivelor şcolare de proveniență.

Succesul înregistrat de acest program deschide calea iniţierii şi altor programe de dezvoltare psihocomportamentală a copiilor din clasele primare. Ghidul metodologic prezentat poate fi privit ca un punct de plecare pentru orice psiholog avizat în utilizarea tehnicilor experienţiale în vederea organizării şi implementării în şcoală a unor programe care să urmărească transfigurarea, maturizarea cognitivă, afectivă şi volitivă a personalităţii copiilor, altfel spus dezvoltarea armonioasă – în plan psihocomportamental – a acestora.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea a II-a

OBSTACOLE ŞI SUFERINŢE ÎN DEZVOLTAREA UMANĂ

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul I

Ce este psihopatologia şi psihiatria copilului ? Câteva precizări conceptuale şi repere de analiză a tulburărilor psihice la vârsta copilăriei

Iolanda Mitrofan

I.1. Concepte-cheie

Psihopatologia este considerată drept studiul stărilor mintale anormale, precizează *Tratatul de psihiatrie Oxford* (Gelder, Gath şi Mayou, 1994), şi comportă trei moduri posibile de abordare: perspectiva fenomenologică, perspectiva psihodinamică şi cea experimentală.

„Psihopatologia fenomenologică se ocupă cu descrierea obiectivă a stărilor mintale anormale, urmând o cale ce evită pe cât posibil teoriile preconcepute." (Gelder, Gath, Mayou, 1994, p. 2) Această abordare se centrează pe experienţa conştientă şi comportamentul observabil, aici şi acum, şi are ca scop cunoaşterea trăsăturilor esenţiale ale experienţelor morbide trăite de pacient într-o manieră unică şi personalizată.

Psihopatologia psihodinamică are ca punct de plecare teoria psihanalitică a personalităţii, având drept scop explicarea cauzelor tulburărilor psihice, mai ales din perspectiva proceselor şi mecanismelor mintale inconştiente, cum ar fi refularea şi mecanismele de apărare. Dincolo de abordarea descriptivă şi fenomenologică a experienţelor morbide conştientizate, această abordare avansează interpretări ale fenomenelor şi conflictelor inconştiente ce răbufnesc prin simptome şi tulburări psihice.

„Psihopatologia experimentală cercetează relaţiile dintre fenomenele anormale prin inducerea de modificări la nivelul unui fenomen, urmată de observarea modificărilor care apar la nivelul altora. Pentru explicarea acestora sunt formulate ipoteze, care sunt ulterior testate şi validate prin alte experimente. Obiectivul acestei abordări este explicarea tulburărilor psihice prin intermediul aceloraşi procese psihologice care au fost identificate la baza experienţelor normale ale persoanelor sănătoase. Cu alte cuvinte, atât experienţa normală, cât şi cea anormală au o rădăcină comună în planul procesualităţii psihologice, iar înţelegerea lor poate pleca de la mecanismele de bază."

În *Dicţionarul de psihologie Larousse* (Sillamy, 1991, p. 190), psihopatologia sau psihologia patologică este definită drept disciplina ce are ca obiect de studiu tulburările

de comportament, de conştiinţă şi de comunicare, situându-se la jumătatea drumului dintre psihologie şi psihiatrie. Ea îşi propune în primul rând să înţeleagă faptul patologic printr-un efort de pătrundere în universul morbid al subiectului, sesizând semnificaţia simptomului aşa cum este trăit de acesta. În al doilea rând, psihopatologia caută să-l explice stabilind relaţiile de cauzalitate între fenomenele observate. În sfârşit, ea îşi propune să deducă legile generale de funcţionare a proceselor mintale şi să completeze abordarea clinică prin metode experimentale (studiul nevrozelor provocate la animale, de exemplu), teste şi statistică.

Pedopsihiatria este definită de acelaşi autor (Sillamy, 1991) ca o specialitate medicală, având drept obiect depistarea şi tratamentul maladiilor mintale ale copilului şi adolescentului. Ca disciplină autonomă, pedopsihiatria este de origine recentă. În Franţa, ea a apărut ca o competenţă atestată prin studii speciale în 1972. Printre precursorii acestei „ştiinţe-artă" figurează medici ca E. Séguin, T. Simon, psihologi precum A. Binet şi pedagogi ca J.H. Pestalozzi, bazându-se însă pe lucrările lui S. Freud, Anna Freud şi R. Spitz.

Psihopatologia copilului abordează tulburările psihice şi de dezvoltare din perspectiva mecanismelor psihice explicative, a contextului multifactorial cauzal (biologic, familial şi socioeducaţional) şi a efectelor dezadaptative pe termen scurt şi pe termen lung în evoluţia copilului. Ea oferă baza teoretică, psihodiagnostică şi experimentală pentru intervenţia profilactică şi curativă de tip educaţional şi psihoterapeutic.

I.2. Aspecte diferenţiale între psihopatologia copilului şi cea a adultului

Dacă în clinica psihiatrică pentru adulţi consultaţia survine ca urmare a solicitării persoanei în cauză, iar în cazurile grave la solicitarea aparţinătorilor sau colectivităţii, în clinica pedopsihiatrică (sau în secţiile de neuropsihiatrie infantilă), ea este cerută de obicei de părinţi şi rareori de copil. Uneori, ea poate fi solicitată la iniţiativa unui adolescent care traversează o situaţie de impas existenţial sau de dificultate în integrarea şcolară şi care se adresează în acest context cabinetului de consiliere şcolară sau unui cabinet psihologic, de unde ulterior poate fi orientat, după caz, către Laboratorul de Sănătate Mintală sau către Clinica de Pedopsihiatrie.

În cazul copilului, îndeosebi al celui mic şi foarte mic, motivaţia aducerii sale la consult psihologic şi eventual psihiatric depinde mai curând de atitudinea şi toleranţa *versus* intoleranţa părinţilor faţă de copil, de felul particular în care ei percep comportamentul acestuia, ca şi de cunoştinţele lor mai mult sau mai puţin pertinente sau limitate privind dezvoltarea psihică normală a copilului. Astfel, părinţii, ca şi profesorii sau educatorii, pot manifesta unele erori de înţelegere sau interpretare a conduitei copilului la un moment dat sau într-o anumită conjunctură.

Din acest punct de vedere există cel puţin trei posibile erori pe care le pot face adulţii în raport cu copiii:

- solicitarea inutilă a unui consult psihologic, ca urmare a conduitei anxioase, hiperprotective sau excesiv de pretenţioase a unui părinte sau profesor;
- neglijarea, ignorarea sau tolerarea unor tulburări psihice şi de comportament al copilului care, în lipsa unei îngrijiri medicale sau psihologice în timp util, se pot agrava, devenind în scurt timp „severe";

- ignorarea conexiunii dintre problema psihică a copilului şi comportamentul, prezenţa sau absenţa unui membru al familiei, în acest caz copilul manifestându-se reactiv la adult (ori la un frate) sau exprimând un răspuns simbolic (metaforic) la o relaţie sau situaţie familială disfuncţională, cu impact puternic perturbator emoţional.

A hotărî ce este normal/anormal în comportamentul copilului se bazează pe repere ce permit evaluarea stadiului şi nivelului de dezvoltare (maturizare) psihică, pe de o parte, ca şi pe durata, frecvenţa, intensitatea şi consecinţele tulburării sau perturbării, pe de altă parte.

O particularitate diferenţială în abordarea psihodiagnostică şi psihiatrică a copilului vine din posibilităţile de exprimare verbală mai reduse ale copiilor în favoarea manifestărilor expresive nonverbale, ceea ce îngreunează contactul cu copilul, solicitând specialistul să-şi dezvolte o bună capacitate empatică, o observare şi o interpretare judicioase şi de finețe a semnelor corporale, o abilitate de a face o „lectură corporală" care să permită descifrarea mesajelor simbolice mimico-pantomimice, kinestezice, respiratorii etc. ce sunt în directă corelaţie cu problemele emoţionale sau cu gândurile inexprimabile sau greu exprimabile ale copilului. De aceea, informaţiile verbale sunt preluate în mare măsură de la părinţi, aparţinători sau profesori, alături de observaţiile şi propriile lor moduri de a înţelege situaţia. Din această cauză există, evident, riscul ca informaţiile să fie tributare unor distorsiuni de percepţie sau proiecţiilor şi conflictelor inconştiente, nerezolvate, ale adulţilor.

Pentru a se evita pe cât posibil erorile de interpretare şi pentru a se formula un diagnostic cât mai aproape de realitatea fenomenologică a copilului şi a sistemului său familial şi socioeducaţional, este necesar ca specialistul să-şi dezvolte câteva abilităţi şi capacităţi care îi asigură competenţa:

- arta şi ştiinţa de a obţine un istoric al evoluţiei copilului cât mai complet şi mai puţin viciat de interpretări personale, raţionalizări sau confabulaţii compensatorii (ale părinţilor, dar şi ale copilului);
- abilitatea de a obţine un tablou obiectiv al caracteristicilor comportamentale şi cognitive ale copilului, precum şi al manifestărilor diferite, survenite la un moment dat, implicate în perturbarea sa sau a relaţiilor cu cei apropiaţi;
- capacitatea de a realiza o bună evaluare a gradului de implicare emoţională şi a motivaţiilor personale ale celor care observă sau solicită consultarea copilului;
- capacitatea de a realiza o evaluare adecvată a mediului familial şi şcolar, adică abilitatea de a elabora un diagnostic profesionist, pertinent, al relaţiilor familiale şi sociale (vezi psihodiagnoza familială şi conjugală, sistemică şi transgeneraţională).

Aceste repere de competenţă în cunoaşterea şi evaluarea diagnostică a copilului şi a mediului său sociofamilial asigură o abordare terapeutică adecvată, individualizată şi eficientă, eliminând riscul unor tentative stereotipe, simpliste sau întâmplătoare în cunoaşterea şi asistarea simptomatologiei sau problematicii copilului. Aceasta se impune cu atât mai mult cu cât posibilităţile de utilizare a tratamentului farmacoterapeutic sunt, în general mai restrânse decât în cazul asistării adulţilor.

În cazul copilului, strategia profilactică şi curativă accentuează valenţele terapiei de familie şi de mediu, ale psihoterapiei individuale şi de grup şi ale tuturor demersurilor educaţionale, creativ-active şi de suport care pot redirecţiona copilul pe traiectoria unei afirmări, dezvoltări şi maturizări optime.

I.3. Criterii ale dezvoltării psihice normale – câteva elemente de bază pentru un diagnostic diferenţial al normalităţii/anormalităţii în dezvoltarea psihică a copilului

Pentru o corectă evaluare a tulburărilor psihice în copilărie este necesar să ne raportăm la principalele caracteristici ale dezvoltării psihice normale, pe care le putem considera repere de bază pentru judecarea oricăror abateri în sfera cognitivă, emoţională şi comportamentală a copilului şi adolescentului. În speranţa că vom oferi cititorului posibilitatea unei orientări rapide pentru fundamentarea unui diagnostic diferenţial privind raportul normalitate/anormalitate în dezvoltare, prezentăm mai jos principalele semne şi achiziţii normale, grupate pe perioade cronologice importante în dezvoltarea copilului, urmând ca analiza tulburărilor propriu-zise, într-o manieră nozografică, să se facă în capitolul următor.

Primul an de viaţă:

- Se caracterizează printr-o dezvoltare motorie şi socioafectivă rapidă: la trei săptămâni copilul zâmbeşte neselectiv, la şase luni surâde preferenţial, selectiv, iar la 8 luni apare frica de separare de mamă, absenţa sau îndepărtarea acesteia generându-i stări de nelinişte, anxietate, plâns, relativă agitaţie. Calitatea ataşamentului emoţional faţă de mamă, faţă de părinţi în general sau persoane apropiate exprimă gradul de sănătate psihică a copilului. O relaţie caldă şi sigură, suportivă, cu copilul este baza sănătăţii emoţionale de mai târziu şi deschide drumul unei socializări calme şi eficiente.
- Copilul are un orar ordonat de somn şi alimentaţie, cu îmbogăţirea şi diversificarea progresivă a principiilor alimentare, fără respingeri şi crize semnificative. Are loc experimentarea primei separări semnificative de mamă – înţărcarea sau trecerea de la alăptarea la sân la alimentaţia autonomă.
- Descoperirea şi explorarea senzorio-motorie a obiectelor din jur este una dintre activităţile principale, se învaţă primele relaţii cauzale simple, precum şi relaţiile spaţiale.
- Se înregistrează rostirea primelor cuvinte simple, după exersarea sunetelor şi a silabelor, la sfârşitul primului an de viaţă. De asemenea, se dezvoltă progresiv postura şi mersul biped incipient.

Al doilea an de viaţă:

- Dezvoltarea motorie este rapidă, cu perfecţionarea mersului biped, ceea ce conferă copilului un grad mai mare de autonomie.
- Comportamentul de ataşare este bine stabilit (începe să caute aprobarea părinţilor, este anxios când ei nu sunt de acord cu el şi începe să înveţe să-şi controleze comportamentul).
- Apar şi se manifestă emoţiile de mânie, în contextul experimentării frustrării în conduita exploratorie. Treptat, învaţă să accepte constrângerile.
- Leagă două-trei cuvinte într-o propoziţie.

Etapa preşcolară (2-5 ani):

- Se dezvoltă rapid capacităţile cognitive şi creşte complexitatea limbajului.
- Se înregistrează progrese semnificative în socializare: pe măsură ce se integrează în familie, adoptă prin identificare standardele şi comportamentele părinţilor, devine oglinda vie a atitudinilor şi conduitei acestora, dar dezvoltă şi primele răspunsuri personale faţă de acestea.
- Apar exploziile de mânie ca răspuns la frustrare. Deşi se menţin, scad în intensitate şi, teoretic, ar trebui să dispară înainte de intrarea la şcoală, ceea ce implică un mai bun autocontrol emoţional.
- Progresele cognitive sunt semnificative, copilul având o imaginaţie bogată, vie şi intensă, susţinută de o curiozitate crescută. Întrebările repetate şi diverse sunt specifice perioadei, iar uneori îndeplinirea dorinţelor se face prin intermediul fanteziei, ca posibil substitut al lumii reale. Jocul este principala activitate şi modalitate de cunoaştere.
- Copilul dezvoltă un ataşament faţă de anumite obiecte investite cu suport afectiv (păpuşă, jucărie preferată, „obiecte tranziţionale" etc.) care îl securizează sau îl ajută să doarmă ori să obţină pe plan simbolic anumite recompense sau sprijin.
- Descoperă şi învaţă despre identitatea sa sexuală, jocul şi explorarea sexuală fiind comune. Înţelege diferenţele dintre femei şi bărbaţi după criterii observabile – aspect, îmbrăcăminte, comportament.
- Pe plan emoţional dezvoltă mecanisme de apărare care îl ajută să facă faţă anxietăţii provocate de emoţii neplăcute sau inacceptabile: refularea, proiecţia, negarea, regresia, formaţiunea reactivă, deplasarea, raţionalizarea, identificarea, sublimarea.

Perioada copilăriei mijlocii (6-10 ani):

- Copilul îşi înţelege şi acceptă identitatea de gen (băiat, fată) şi poziţia în sistemul familial. Din punctul de vedere al teoriei psihodinamice, dezvoltarea sexuală traversează o perioadă de stagnare, deşi unii autori consideră că preocupările şi activităţile cu conţinut sexual ale copilului se menţin, dar ele sunt disimulate faţă de adulţi.
- Se realizează adaptarea la cerinţele de integrare social-şcolară: învaţă să citească şi să scrie, dobândeşte conceptele numerice şi dezvoltă capacităţi operaţionale de tip concret.
- Se dezvoltă mecanisme de apărare şi standarde de comportament social. Copilul învaţă să conştientizeze posibilităţile şi limitele de care dispune, ceea ce îl ajută în dezvoltarea unei imagini de sine mai clare.

Perioada pubertăţii şi a adolescenţei:

- În contextul unei intense maturizări fizice şi neurohormonale (vezi modificările specifice fetelor – între 11 şi 13 ani – şi ale băieţilor – între 13 şi 17 ani) se produce o creştere a conştientizării propriei identităţi psihosexuale şi a caracteristicilor de personalitate (cine sunt, ce pot face şi ce vreau sau doresc să fac în viaţă).
- Preocupările morale şi valorice sunt semnificative, iar pendularea între alternative pentru viitor, între speranţe, idealuri şi dezamăgire este la fel de comună. Criza adolescenţei nu presupune neapărat o înstrăinare de familie şi fragilitate emoţională,

ci mai curând experimentarea unui registru emoţional mult mai variat, bogat şi intens, în contextul căutării unui stil personal, original, de manifestare, care să exprime adevărata identitate de sine.

- Relaţiile cu grupul de prieteni devin foarte importante, iar prieteniile apropiate sunt frecvente, în special în cazul fetelor.
- Adolescenţii devin treptat autonomi, manifestă interes crescut pentru relaţiile heterosexuale şi apar primele tentative de apropiere de sexul opus, primele atracţii erotice şi implicarea în relaţii de parteneriat. Se experimentează dragostea pură, iar destul de frecvent debutează viaţa sexuală, aspect reglat în mare măsură de standardele culturale familiale şi grupale.

Analiza tulburărilor psihice ale copilăriei poate fi făcută din două perspective:

- perspectiva nozografică, incluzând clasificările sau taxinomia patologiei psihice la copil;
- perspectiva evaluatorie, incluzând aspectele etiologic, prognostic, epidemiologic, simptomatologic, sindromologic şi metodologic.

Vom dezvolta în continuare ambele perspective, mai puţin abordările simptomatologică şi sindromologică, pe care le vom sistematiza, detalia şi exemplifica în alte trei capitole (axate pe studiul psihogeniilor, tulburărilor de comportament, endogeniilor şi insuficienţelor de dezvoltare intelectuală).

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY

Capitolul II

Evaluarea psihopatologică şi psihodiagnostică a copilului

Iolanda Mitrofan

II.1. Clasificarea tulburărilor psihice din perioada copilăriei şi adolescenţei

Consultând principalele surse nozografice considerate de maximă credibilitate şi actualitate în domeniul psihiatriei şi care constituie repere uzuale în diagnosticul psihiatric, atât pentru adulţi, cât şi pentru copii, respectiv *Clasificarea internaţională a tulburărilor mintale şi de comportament*, ediţia a X-a (*ICD-10*), şi *Manualul statistic şi diagnostic al asociaţiei americane de psihiatrie* (*DSM-III-R* şi *DSM-IV*), utilizate de altfel şi în două surse bibliografice importante (*Tratatul de psihiatrie Oxford*, Gelder, Gath şi Mayou, 1994; *Psihiatrie clinică standardizată şi codificată*, Ionescu, 2000), am extras trei clasificări pe care le considerăm relevante.

În *Tratatul de psihiatrie Oxford* (Gelder, Gath şi Mayou, 1994, p. 599) sunt precizate 7 mari grupe de tulburări psihice în copilărie, recunoscute de clinicieni şi susţinute de studii ce folosesc analiza multivariată (Quay şi Werry, 1986). Menţionăm că, în paranteze, autorii folosesc şi denumiri alternative:

Reacţiile de adaptare:

1. Tulburările de dezvoltare globale (pervazive) (psihozele copilăriei);
2. Tulburările de dezvoltare specifice;
3. Tulburările de conduită (antisociale sau de exteriorizare);
4. Tulburările hiperkinetice (cu deficit al atenţiei);
5. Tulburările emoţionale (nevrotice sau de interiorizare);
6. Tulburările simptomatice.

După *DSM-III-R* tulburările psihice ale copilăriei se clasifică în:

1. Retardarea mintală;
2. Tulburările de dezvoltare globale (pervazive);

3. Tulburările de dezvoltare specifice:
   a) Tulburarea de limbaj şi vorbire;
   b) Tulburarea aptitudinilor şcolare;
   c) Tulburarea aptitudinilor motorii;
   d) Alte tulburări de dezvoltare.
4. Tulburările de comportament disruptiv (în *ICD-10* această categorie este codificată sub numele de „tulburări emoţionale şi de comportament cu debut de obicei în copilărie şi adolescenţă");
5. Tulburările de conduită;
6. Hiperactivitatea cu deficit al atenţiei (în *ICD-10* – „tulburare hiperkinetică");
7. Tulburarea opoziţional-refractară;
8. Tulburările anxioase ale copilăriei şi adolescenţei (codificate în *ICD-10* sub numele de „tulburări emoţionale", „tulburări mixte de conduită şi emoţionale");
9. Tulburările de alimentaţie;
10. Tulburările de identitate sexuală;
11. Ticurile;
12. Tulburările de eliminare (codificate în *ICD-10* ca: „alte tulburări emoţionale şi de comportament", inclusiv tulburările de alimentaţie);
13. Alte tulburări ale copilăriei şi adolescenţei.

Considerată drept cea mai autorizată sursă bibliografică românească, lucrarea prof. dr. George Ionescu, citată mai sus, propune, pe baza integrării celor mai recente clasificări mondiale, următoarea taxinomie cu referire la domeniul copilăriei şi adolescenţei, care reflectă opţiunea autorului raliată la „efortul comun de a introduce în psihiatria din România ordinea şi simetria, de a limita în lumea diagnosticului anomia şi anarhia" (Ionescu, 2000, p. 20):

Întârziere mintală:

1. Întârziere mintală uşoară;
2. Întârziere mintală moderată;
3. Întârziere mintală severă;
4. Întârziere mintală profundă;
5. Alte întârzieri mintale.

Tulburări ale dezvoltării psihologice:

1. Tulburări specifice ale dezvoltării vorbirii şi limbajului (tulburări specifice ale vorbirii articulate, tulburarea limbajului expresiv, tulburarea limbajului receptiv, afazie asociată cu epilepsie);
2. Tulburări specifice ale dezvoltării abilităţilor şcolare (tulburarea specifică a citirii, tulburarea specifică a scrierii, tulburarea specifică a abilităţilor aritmetice, tulburarea mixtă a abilităţilor şcolare);
3. Tulburări specifice ale dezvoltării funcţiei motorii;
4. Tulburări specifice mixte de dezvoltare;
5. Tulburări invadante (pervazive) ale dezvoltării (autism infantil, autism atipic, sindrom Rett, altă tulburare dezintegrativă a copilăriei, tulburare hiperactivă cu întârziere în dezvoltarea psihică, sindrom Asperger).

Tulburări emoţionale şi comportamentale cu debut în copilărie şi adolescenţă:

1. Tulburări hiperkinetice (tulburare a activităţii şi atenţiei, tulburare hiperkinetică de conduită);
2. Tulburări de conduită (tulburare de conduită limitată intrafamilial, tulburare de conduită nesocializată, tulburare de conduită socializată, tulburare de tip opoziţie-sfidare);
3. Tulburări mixte ale conduitei şi emoţiei (tulburare de conduită depresivă, alte tulburări mixte ale conduitei şi emoţiilor);
4. Tulburări emoţionale cu debut specific în copilărie (tulburare a anxietăţii de separare, tulburare anxios-fobică în copilărie, tulburare de anxietate socială, rivalitate în fratrie);
5. Tulburări ale funcţionării sociale cu debut specific în copilărie şi adolescenţă (mutism electiv, tulburare reactivă de ataşament, tulburare de ataşament cu dezinhibiţie);
6. Tulburări ale ticurilor (tulburare tranzitorie a ticurilor, tulburare cronică a ticurilor motorii sau vocale, tulburare combinată – vocală şi motorie – a ticurilor);
7. Alte tulburări emoţionale şi comportamentale cu debut în copilărie şi adolescenţă (enurezis neorganic, encomprezis neorganic, tulburarea de alimentaţie a copilului mic, pica sugarului şi copilului, tulburare a mişcărilor stereotipe, balbism, vorbire neclară).

Multe dintre tulburările psihice ale copilăriei nu pot fi clasificate într-o singură categorie codificată, de aceea s-a propus un sistem de evaluare multiaxial care include 5 axe:

Axa I – Sindroame psihiatrice clinice;
Axa II – Întârzieri specifice în dezvoltare;
Axa III – Nivel intelectual;
Axa IV – Condiţii medicale asociate;
Axa V – Situaţii sociale anormale.

Utilizarea unei astfel de scheme de evaluare multiaxială poate permite recoltarea tuturor datelor importante şi abordarea categorială, dar şi interconexă a problemelor copilului.

În lucrarea de faţă, noi am preferat o grupare etiologică a principalelor tulburări psihice şi de dezvoltare ale copilului, scopul nostru fiind familiarizarea studenţilor, specialiştilor şi nespecialiştilor interesaţi cu tabloul simptomatologic, contextul etiologic, mecanismele psihopatogene şi mijloacele de intervenţie psihologică adecvate.

II.2. Etiologia, prognosticul şi epidemiologia tulburărilor psihice ale copilăriei

Factori etiologici

Se consideră că în cazul copiilor, spre deosebire de adulţi, majoritatea tulburărilor psihice sunt reprezentate mai curând de sindroame reactive la factorii de mediu (familie, şcoală, comunitate) şi în mai mică măsură de entităţi nozologice de intensitate mare şi de

gravitate psihopatologică. Totuşi un număr semnificativ de copii suferă ca urmare a unor deficite şi insuficienţe de dezvoltare intelectuală sau a unor handicapuri asociate.

Există patru grupe de factori incriminaţi în etiologia tulburărilor psihice ale copilului, majoritatea acestora interacţionând în maniere specifice de la caz la caz şi determinând sau favorizând răspunsuri dezadaptative sau afecţiuni psihice diverse:

- factori genetici (ereditari);
- factori temperamentali;
- factori somatici (organici – în special leziuni cerebrale, precum şi o serie de maladii somatice);
- factori de mediu (familiali, sociali, culturali, economici şi de risc ecologic).

Factorii ereditari sunt poligenici şi se referă la predispoziţia pentru manifestarea anumitor tipuri de maladii, dar ei nu controlează în mod direct aceste boli. McGuffin (1987) menţionează influenţa lor în privinţa nivelului de inteligenţă, precum şi a temperamentului, acesta fiind la rândul său factor predispozant pentru anumite tulburări psihice, în corelaţie şi cu alţi factori. Astfel, conform studiului longitudinal al lui Thomas şi al colaboratorilor săi (1968), anumiţi factori temperamentali evidenţiaţi chiar sub vârsta de 2 ani pot predispune la tulburări psihice mai târziu. Aşa de pildă, „copiii dificili" care răspund la solicitările mediului fie prin retragere şi adaptare lentă, fie prin comportament intens, disproporţionat sunt candidaţi precoce la tulburări de comportament sau emoţionale, în contrast evident cu aşa-numiţii „copii buni", caracterizaţi prin răspuns cooperant, atitudine pozitivă, comportament blând, relaxat sau vioi şi o bună adaptare la mediu. Unele cercetări au avansat ideea că deosebirile temperamentale şi riscul pentru tulburare psihică sunt determinate genetic şi influenţate de mediu, dar alţi cercetători au emis critici privind validitatea metodelor folosite şi semnificaţia rezultatelor (Graham, Stevenson, 1987).

Factorii somatici care predispun la tulburări psihice în copilărie au fost şi ei cercetaţi, cele mai semnificative fiind tulburările cerebrale. Şi bolile somatice sunt asociate destul de frecvent cu perturbări psihice de intensitate variabilă, având în vedere unitatea inseparabilă în funcţionalitatea minte – corp. Astfel, dintr-un studiu efectuat în Anglia, în 1976, rezultă că 12% dintre copiii bolnavi somatic, cu vârste între 10 şi 11 ani, au şi probleme psihiatrice, procent aproape dublu comparativ cu cei doar 7% din populaţia generală de aceeaşi vârstă (Rutter şi colab. *apud* Gelder, Gath, Mayou, 1994).

La copiii cu probleme cerebrale, 34% prezintă tulburări psihice, chiar dacă factorii sociali de risc sunt absenţi. Comparativ cu datele obţinute pe copii cu infirmităţi fizice se constată că procentul celor cu tulburări psihice şi infirmitate prin afectare musculară este mai mic decât în cazul celor afectaţi cerebral. Rata tulburărilor psihice la copiii afectaţi cerebral este determinată de severitatea leziunii şi mai puţin de localizarea acesteia. Ea este egală la băieţii şi feţele cu traumatism cranio-cerebral, ceea ce contrastează cu rata mai mare la băieţi, în populaţia generală, a tulburărilor psihice (Gelder, Gath şi Mayou, 1994).

Un concept larg folosit în studiile de etiologie este cel de „disfuncţie cerebrală minimă" sau „patologie cerebrală minoră" (microleziune), implicată în manifestarea unor trăsături ca: hiperactivitate, neatenţie, conduită dezordonată şi deficite în percepţie şi învăţare. Este de semnalat faptul că disfuncţia cerebrală minimă nu este obiectivată prin semne neurologice sau modificări structurale demonstrabile la nivelul creierului, ceea ce solicită observarea atentă a asocierilor simptomatologice comportamentale specifice.

Un alt factor important incriminat în tulburările psihice ale copilului se referă la anomaliile sarcinii şi naşterii care pot conduce la grade diverse de afectare cerebrală ce pot condiţiona dificultăţi de citire, tulburări de comportament, epilepsie, retard mintal. Condiţiile favorizante sunt cele legate de patologia sarcinii, asfixia perinatală, naşterea prematură, factori care – corelaţi cu dezavantajul social – pot determina certe tulburări psihice. Nu se poate susţine însă că toate tulburările psihice ale copilăriei sunt datorate prezenţei în istoricul vieţii copilului a tulburării cerebrale minime, aşa cum afirmă Rutter şi Schaefer (1985).

Factorii de mediu se asociază variabil în complexul etiologic al anumitor afecţiuni, uneori fiind factori determinanţi în tulburări psihogene sau favorizanţi şi agravanţi în dezvoltarea altor patologii. Familia deţine prin modul său defectuos de funcţionare o pondere semnificativă în declanşarea şi întreţinerea unor răspunsuri patologice ale copilului. Familia este implicată în satisfacerea celor mai profunde nevoi ale copilului care este necesar să evolueze de la dependenţă absolută spre autonomie şi bună integrare socială. Pentru a dobândi însă aceste capacităţi, copilul are nevoie de un mediu familial stabil, coerent şi sigur, de căldură emoţională şi încredere, de toleranţă şi ajutor, dar şi de o disciplină constructivă, ordonatoare şi pozitiv structurantă. Dintre factorii familiali disfuncţionali cu cel mai mare impact patogen menţionăm:

- separarea prelungită sau definitivă de părinţi (decesul unuia sau al ambilor părinţi fiind unul dintre factorii stresori cei mai importanţi);
- separarea temporară a părinţilor prin crize conjugale sau divorţ;
- relaţiile conflictuale şi inadecvate (incest, abuz fizic sau sexual, alcoolism, violenţă familială);
- relaţii conflictuale în familii reconstituite sau mixte (fratriile şi parentalitatea vitregă);
- relaţiile familiale discordante (familia schizofrenogenă sau schismatică);
- boala sau personalitatea deviantă a unuia dintre părinţi;
- modele de creştere şi educare care implică abuzul fizic şi moral asupra copilului;
- dimensiune mare a familiei;
- promiscuitate şi sărăcie;
- abandonul şi privarea de mamă (vezi cercetările lui Bowlby, 1951, care constată că separarea prelungită de mamă este o cauză a delincvenţei juvenile; acelaşi autor demonstrează că experienţa precoce a separării de mamă şi a ameninţării conduce mai târziu la anxietate şi depresie – 1980).

Cercetările arată că efectele separării de mamă depind de mai mulţi factori: vârsta copilului în momentul separării, relaţiile anterioare cu mama şi cu tata, motivele separării. Urmările separării sunt variate şi pe termen lung: nerealizări educaţionale şi performanţiale (prin lipsa suportului şi a încurajării de a performa în prima copilărie), dificultăţi în relaţiile sociale prin lipsa sau reducţia ataşamentelor emoţionale în prima copilărie.

Factorii sociali şi culturali au o semnificaţie specială în etiologia tulburărilor de conduită. Dacă în primii ani de viaţă ei acţionează indirect, prin intermediul normelor, atitudinilor şi valorilor familiei, pe măsură ce copilul creşte, el este supus tot mai direct influenţei mediului sociocultural, religios, ideologic şi economic. Copilul îşi petrece tot mai mult timp în afara familiei, în şcoală, în grupul de prieteni, în cartier, în comunitate. Şi acestea încep să joace un rol important în apariţia sau agravarea unor tulburări de

comportament sau de adaptare. Rata tulburărilor psihice este mai mare la copiii proveniţi din zone, cartiere sau regiuni dezavantajate social şi economic, sărăcia fiind unul dintre factorii de interes. În mediul urban acţionează o serie de factori specifici care pot fi implicaţi în unele tulburări de adaptare, de conduită sau emoţionale cum ar fi: lipsa spaţiilor de joacă, posibilităţi neadecvate de distracţie (mai ales pentru adolescenţi), lipsa implicării comunităţii, calitatea scăzută a actului educaţional, mediul social în care funcţionează şcoala.

Prognostic

Tulburările psihice în copilărie pot evolua variabil, având o durată scurtă în cazul simptomelor uşoare sau al unor probleme tranzitorii de dezvoltare, dar putând persista pe parcursul mai multor ani în cazul simptomelor severe (circa 5-15% dintre copiii cu probleme se încadrează în această categorie). Prognosticul pentru viaţa de adult necesită o urmărire longitudinală, ceea ce adesea este dificil de realizat. Totuşi, unele studii au avut în vedere acest obiectiv (Robins, 1966), demonstrând că tulburările emoţionale au un prognostic mai bun. Când tulburările emoţionale persistă, ele se transformă treptat, la adult, în depresie sau nevroză. Aceste observaţii au fost confirmate pe baza unui studiu comparativ pe un lot de persoane care beneficiaseră în urmă cu 30 de ani de servicii psihiatrice cu un lot-martor format din persoane care aveau aceleaşi niveluri de şcolarizare, dar fără incidenţă clinică în copilărie.

Spre deosebire de cei cu tulburări emoţionale, copiii cu tulburări de comportament au avut o evoluţie defavorabilă. Ca adulţi, aceşti copii devin personalităţi antisociale, sunt candidaţi la alcoolism, au probleme de integrare socială, profesională şi maritală, comit ilegalităţi.

Alte cercetări semnalează un prognostic nefavorabil pentru sindroamele de hiperactivitate şi foarte rezervat pentru psihozele infantile (Robins, Zeitlin, 1986). Acelaşi Zeitlin confirmă o continuitate a tipului de sindrom, mai ales în cazurile în care problemele iniţiale erau simptome depresive, obsesive sau tulburări de conduită.

Epidemiologie

Studiile de incidenţă şi prevalenţă a tulburărilor psihice şi de comportament la copii arată că estimările variază în funcţie de criteriile de diagnostic şi de metodele utilizate. Nivelul de dezvoltare socioeconomică a unei ţări nu influenţează semnificativ ratele generale de îmbolnăvire, exceptând prevalenţa dificultăţilor de învăţare (Graham, 1986), astfel încât frecvenţa tulburărilor psihice pare să nu difere foarte mult între ţările dezvoltate şi cele în curs de dezvoltare. Frecvenţa lor este influenţată şi de factorul vârstă (astfel, la copiii de 3 ani, predomină problemele uşoare – 15%, faţă de problemele moderate şi severe – 7%) (Richman, 1982). În perioada de mijloc a copilăriei, rata tulburărilor psihice diferă în funcţie de mediu, fiind de două ori mai mare în mediul urban (25%) faţă de mediul rural (12%) (Rutter, 1975). La adolescenţi, unele studii arată la 14 ani o prevalenţă de 20%, la cei mai în vârstă existând puţine studii (Gelder, Gath şi Mayou, 1994).

Sexul pare să fie de asemenea un factor diferenţial pentru epidemiologia tulburărilor psihice în copilărie. Astfel, un studiu făcut în Anglia pe 2.199 de cazuri, vizând analiza

comparativă a inteligenţei, sănătăţii fizice, educaţiei şi dificultăţilor psihologice, demonstrează frecvenţa mai mare a tulburărilor psihice la băieţi comparativ cu fetele. Nu există însă o corelaţie cu clasa socială, ci cu asocierea proporţională a nivelului scăzut de inteligenţă. Studiile arată că, foarte frecvent, tulburarea psihică este asociată cu handicapul fizic şi mai ales cu leziunea organică cerebrală. Alte asocieri semnalate sunt cele între întârzierea la citit şi tulburările de conduită.

II.3. Metode de evaluare psihologică şi psihodiagnostică a copiilor şi a sistemului lor familial

Evaluarea psihologică şi psihodiagnostică de tip clinic a copiilor cu dificultăţi în dezvoltare şi integrare, ca şi a familiilor lor, constituie prima atribuţie a psihologului clinician pentru copii, precum şi a consilierului psiholog şcolar, ea necesitând un proces de formare special, deci o competenţă profesională academică specifică.

A doua atribuţie de bază se fundamentează pe prima şi constă din conceperea şi aplicarea unui program psihoterapeutic centrat pe copil şi pe familie, stimulând complianţa, participarea şi optimizarea funcţionalităţii acesteia în tratamentul global, de echipă (medico-psiho-socială).

Obiectivele investigaţiei psihologice centrate pe copil şi ale celei psihosociale de tip familial nu se substituie demersului diagnostic medical (pedopsihiatric), ci îl complementează pe acesta, contribuind în mod specific, nuanţat, într-o manieră etio-patogenică şi evaluativă proprie (bazată pe metode, tehnici şi instrumente standardizate şi validate) la precizarea tipului, intensităţii şi consecinţelor psihologice ale tulburării psihice sau/şi de comportament.

Pornind de la un diagnostic psihologic corect (psihodiagnostic) al copilului, integrat unui diagnostic clinic mai larg şi mai complet, rezultat al investigaţiilor complexe medicale (pediatrică, pedopsihiatrică, neurologică, somatică) şi al datelor sociale importante, rezultate din ancheta socială la domiciliu şi în mediul şcolar, efectuat de asistentul social, se poate concepe un plan adecvat de tratament complex, în echipă.

Diagnosticul familial se referă la evaluarea nivelului şi tipurilor de funcţionalitate/disfuncţionalitate din cadrul sistemului familial. El identifică patternurile interacţionale patogene din familia copilului, care sunt implicate direct în declanşarea, întreţinerea sau agravarea tulburărilor sale psihice sau de comportament. De asemenea, un diagnostic familial corect surprinde şi evaluează deficitele de comunicare, schimburile emoţionale şi deficitele structurii de roluri familiale, gradul de adecvare/inadecvare în asumarea şi exercitarea rolurilor parental-filiale, precum şi a rolurilor şi relaţiilor conjugale cu impact semnificativ în dinamica evolutivă a copilului. Diagnosticul familial este un diagnostic de sistem, putând să conducă la elucidarea semnificaţiei reale, ascunse, metaforice (simbolice) sau reactive a unor simptome sau tulburări ale conduitei copilului ca mecanisme de apărare patologică, protest şi reglare a homeostaziei şi homeodinamicii din sistemul familial perturbat.

Ca şi în cazul adulţilor cu tulburări psihice, dar cu atât mai mult în cazul evaluării copiilor aflaţi în această situaţie, analiza şi evaluarea sistemului familial de apartenenţă sunt obligatorii, ele constituind o premisă şi o cheie importantă în înţelegerea modului de evoluţie a simptomatologiei sub şi în afara tratamentului individualizat.

- *Planul terapeutic*, implicând o *asociere nuanţată*, de la caz la caz, între psihoterapie şi farmacoterapie, educaţie şi integrare socială de facilitare, programe de optimizare personală şi de grup, include obligatoriu, în cazul asistării copiilor, şi lucrul permanent cu familia, sub forma consultaţiei, consilierii (maritale şi parental-filiale) şi a terapiei de familie propriu-zise.

Depistarea şi orientarea copiilor cu probleme psihice şi de conduită către specialişti

Există mai multe niveluri de identificare a copiilor-problemă, fie cu deficite de dezvoltare, fie cu tulburări propriu-zise. Un prim nivel îl constituie consultaţia pediatrică, solicitată pentru simptome somatice care nu răspund la tratamentul standard şi care se presupune că au o cauzalitate probabil psihologică (de exemplu, vomismente repetate fără substrat somatic identificat, enurezis fără componentă organică etc.; apariţia unor complicaţii psihice în cursul tratării unor afecţiuni somatice este de asemenea frecventă).

Un alt nivel de identificare îl constituie grădiniţa şi screening-urile efectuate cu ocazia intrării în şcoală. Copiii cu întârzieri sau deficite în dezvoltare (motorii, cognitive, emoţionale şi sociorelaţionale) pot fi astfel foarte repede observaţi şi depistaţi pe baza unor evaluări psihometrice obiective. Dintre ei, mulţi prezintă tulburări emoţionale şi de conduită care de obicei nu sunt severe, dar pun probleme părinţilor care, adesea, din proprie iniţiativă sau la sugestia educatoarei sau a unui psiholog se pot adresa cabinetului de psihiatrie infantilă. De aici, copilul va ajunge din nou în sfera de acţiune specializată a unui psiholog clinician care, după o evaluare aprofundată, va putea susţine, după caz, un program psihoterapeutic adecvat, asociat sau nu unui tratament chimioterapeutic prescris de pedopsihiatru. Este de reţinut faptul că în general există o atitudine prudentă în ce priveşte utilizarea unor tratamente farmacologice intensive şi de lungă durată în cazul copiilor, preferându-se pe cât posibil tratamentul psihologic (psihoterapia), suportul educaţional adecvat şi individualizat, terapia de familie. În depăşirea impasului psihologic, se acordă o credibilitate importantă capacităţilor de dezvoltare naturală, resurselor compensatorii bine activate, exersate şi direcţionate ale copilului. În cazul copiilor cu patologii psihice şi neuropsihice pe fond organic, rolul farmacoterapiei este prioritar, fără a se exclude suportul psihoterapeutic educaţional necesar.

Al treilea nivel de depistare şi orientare a copiilor şi adolescenţilor cu probleme către consult specializat îl constituie şcoala, prin cabinetul de consiliere psihologică, prezent din ce în ce mai frecvent şi în cadrul sistemului de învăţământ atât în România, cât şi pe plan mondial. Cabinetul de consiliere se confruntă nu doar cu probleme legate de orientarea vocaţională a copiilor şi liceenilor, ci şi cu problemele de integrare sociofamilială, problemele emoţionale şi de conturare a identităţii, deficitele de comunicare şi ale imaginii de sine, crizele psihologice de tot felul. Astfel, un bun diagnostic psihologic corelat cu observaţiile asupra evoluţiei copilului într-un prim program de consiliere, asupra rezistenţei, limitelor sau recidivelor lui simptomatologice îl pot ajuta pe consilier să orienteze cazul către un alt nivel de asistare specializată (clinica de psihiatrie, cabinetul de psihoterapie, un serviciu de sănătate mintală – mai ales când datele primare par să conducă spre suspectarea debutului unei afecţiuni psihice mai severe – vezi debutul unor forme de schizofrenie în perioada adolescenţei sau tulburările severe de comportament cu risc perturbator şcolar şi sociofamilial).

Scopurile evaluării psihologice a copilului sunt:

1. Identificarea tipului de problemă actuală şi a semnificaţiei sale psihopatologice (natura, forma şi intensitatea tulburărilor sau deficitelor de dezvoltare prezente, tipurile de procese psihice, abilităţile, performanţele şi achiziţiile afectate).
2. Evaluarea modului în care problemele de bază ale copilului sunt legate de dezvoltarea sa, de contextul familial şi social al existenţei sale, de la naştere până în prezent.
3. Conturarea determinismului multiplu al tipului de tulburare predominantă şi al celor asociate.
4. Elaborarea unui plan de intervenţie psihologică (psihoterapeutică şi educaţională) adecvat.

Specificul evaluării copiilor, spre deosebire de adulţi, constă în flexibilitatea modalităţii de abordare, fiind dificil de urmărit un plan prestabilit, demersul investigativ bazându-se pe corelarea unui număr foarte mare de informaţii, observaţii şi măsurători psihodiagnostice obiective (testări). Este bine ca observaţiile şi informaţiile vehiculate în ce priveşte copilul şi familia acestuia de-a lungul mai multor interviuri iniţiale să fie notate sistematic, dar discret, pentru a putea fi supuse ulterior unor comparaţii, filtrări şi interpretări pertinente. Ideal este ca ambii părinţi să participe la interviul de evaluare, fiind utilă şi prezenţa fraţilor, lucru de altfel nu foarte uşor de realizat. Prezenţa unui părinte sau a ambilor părinţi la primul interviu este însă absolut necesară şi întru câtva obligatorie, mai ales în cazul copiilor mici. Tot în cadrul primului interviu se asigură copilul şi părinţii de respectarea regulii confidenţialităţii şi se solicită permisiunea de a se putea culege informaţiile necesare de la profesori sau alte persoane de contact, informaţii utile pentru completarea imaginii asupra performanţelor şi a comportamentului copilului. Este necesar ca pe tot parcursul interviurilor evaluative să se adopte o atitudine deschisă, caldă şi suportivă care să faciliteze motivarea adecvată a copilului şi familiei pentru înţelegerea, acceptarea şi participarea implicativă, adecvată în tratamentul ce urmează a fi, eventual, parcurs. Respectul faţă de valorile şi nevoile familiei, ca şi faţă de nevoile, temerile şi posibilităţile copilului trebuie făcut manifest, ca bază reală a unei bune colaborări în evaluare şi tratament. Acesta va spori credibilitatea şi seriozitatea ajutorului oferit, precum şi complianţa „actorilor" principali într-un travaliu comun, bilateral acceptat. Oricare ar fi problema copilului, părinţii sunt de la bun început implicaţi, motivaţi şi lămuriţi asupra faptului că autoritatea şi încrederea copilului în ei nu va fi subminată, ba dimpotrivă, ei pot constitui veritabili evaluatori şi co-terapeuţi în procesul de rezolvare a problemei. Pe de altă parte, psihologul, ca şi medicul sau asistentul social implicaţi, trebuie să facă faţă cu maturitate, tact, discreţie şi eficienţă eventualelor tentative de manipulare ale părinţilor sau chiar şi ale copilului, care adesea acoperă o realitate psihologică şi relaţională mult mai subtilă, ce poate scăpa înţelegerii unui neavizat sau nespecialist. Părinţii sunt încurajaţi să se exprime spontan, înainte de a li se adresa întrebări sistematice, ţintite.

În cazul copiilor mai mici de 6 ani, interviurile şi testările au loc în prezenţa părintelui şi cu părintele, iar în cazul celor cu vârsta de peste 6 ani, interviul iniţial se desfăşoară împreună cu părintele, apoi separat cu copilul. În special în cazul copiilor suspectaţi de abuz fizic sau sexual sau al celor cu evenimente familiale traumatizante importante, întâlnirile separate cu copilul, dar şi cu părinţii, în repetate rânduri, pot oferi

cele mai preţioase indicii şi elemente diagnostice. Dacă la primul interviu este bine ca familia să fie reunită, ceea ce permite o primă evaluare a relaţiilor „afişate" şi a regulilor de comunicare practicate în familia respectivă, ulterior este necesară intervievarea separată a copilului, părinţilor şi a fiecăruia dintre soţi, eventual a fraţilor sau a unui bunic (după caz). După depăşirea fazei de evaluare, la începutul conceperii şi desfăşurării planului terapeutic se reiau întâlnirile reunite (copil/familie), având ca obiectiv clarificarea scopurilor şi a participării specifice a fiecăruia în procesul terapeutic sau recuperator.

Metodele de evaluare psihologică şi psihodiagnostică a copilului

Cele trei modalităţi de evaluare interconectate sunt: observaţia, interviurile anamnezice repetate şi testele psihologice.

Dacă în cazul primelor două metode există interferenţe semnificative între evaluarea psihiatrică şi cea psihologică, a treia modalitate – testele de dezvoltare şi de performanţă, scalele standardizate de maturizare socioafectivă şi de evaluare comportamentală – constituie apanajul strict al formaţiei profesioniste a psihologului clinician şi/sau a consilierului psiholog şcolar şi comportă, în consecinţă, rigorile etice şi deontologice de utilizare, aplicare şi interpretare aparţinând acestei competenţe profesionale.

Este bine ca observaţiile şi datele anamnezice să poată fi confruntate în echipa formată din pedopsihiatru şi psiholog, creându-se astfel beneficiul unei evaluări complementare din două perspective: cea medicală, dominant simptomatologică, conectată la datele semnificative privind dezvoltarea fizică şi posibilele incidente somatice, neuro-cerebrale sau riscurile genetice cu reflexul lor psihologic, şi cea psihologică, etio-psiho-patogenică, conectată la caracteristicile performanţiale, emoţionale, comportamentale şi resursele compensatorii specifice nivelului de dezvoltare a copilului în contextul istoriei sale de viaţă şi al sistemului său familial.

Observaţiile asupra copilului în interacţiune cu membrii familiei sau cu mediul său social sunt extrem de importante, deoarece copilul, în special cel mic, nu are posibilitatea de a verbaliza complet sau adecvat trăirile, sentimentele, gândurile şi atitudinile sale faţă de experienţele cu care se confruntă şi nici dorinţa de a le exprima sau de a se face înţeles. De multe ori putem avea acces la acestea doar prin intermediul conduitei sale ludice sau simbolice. De aceea, desenul liber, desenul familiei, modelajul, jocul cu nisip, marionetele sau dramatizarea unor poveşti, colajul şi alte tehnici provocative experienţiale sunt indispensabile în evaluarea psihodiagnostică a copiilor, ele acţionând simultan şi ca mijloace de suport (mediere) al efectelor terapeutice, adevărate vehicule provocative şi catalizatoare ale procesului terapeutic analitic şi restructurant.

În cazul copiilor mai mari (peste 7-8 ani), observaţia se completează şi se desfăşoară în cadrul unui interviu flexibil, dar care poate fi şi structurat în funcţie de câţiva paşi-reper, după cum urmează (conform modelului prezentat în *Tratatul de Psihiatrie Oxford*, Gelfer, Gath, Mayou, 1994) şi adaptat sau completat de noi:

- Stabilirea unei atmosfere prietenoase şi câştigarea încrederii.
- Copilul este întrebat cum preferă să i se spună (se foloseşte prenumele său preferat).
- Se începe o discuţie despre subiecte neutre (sport, animale, jocuri, hobby-uri, aniversări) înainte de a aborda problema propriu-zisă.

Când s-a stabilit o relaţie de prietenie, se deschide discuţia asupra problemei copilului în contextul vieţii lui, a speranţelor şi dorinţelor sale, a ceea ce îi place şi nu îi place în modul lui de a fi, de a trăi. Limbajul utilizat de psiholog trebuie să fie pe măsura capacităţilor de înţelegere ale copilului, evitându-se termenii de specialitate şi preferându-se un limbaj simplu, clar, emoţional, cu expresivitate crescută, securizant, dar cu un grad suficient de mare de spontaneitate, sensibilitate şi, în context, de umor, care să destindă progresiv relaţia şi să crească încrederea. Este absolut necesară evitarea tonului persiflator, ironic, rigid (vezi „limbajul de lemn") sau ostil. Aceasta presupune din partea psihologului un grad crescut de empatie şi capacitatea de a iubi necondiţionat copiii, factorul vocaţional fiind important. Copilul poate fi provocat prin modalităţi indirecte, cum ar fi: „Dacă te-ai întâlni cu peştişorul de aur care îţi spune că ar putea să-ţi îndeplinească trei dorinţe, care ar fi acestea?" sau „Dacă ai fi puiul unei leoaice părăsit de mămica lui, cum te-ai simţi şi ce ai face?" etc. I se oferă posibilitatea de a-şi exprima dorinţele, preocupările şi sentimentele prin desen, joc sau dramatizare. Jocul de rol poate fi extrem de util, ca şi marionetele sau desenul familiei care pot fi punctul de plecare în cunoaşterea relaţiilor din familie, aşa cum sunt ele percepute de copil şi cum îl afectează pe acesta.

În timp ce se exprimă verbal, dar mai ales nonverbal, observaţiile care reflectă modul de gândire, emoţiile sau comportamentul copilului sunt notate discret, iar în momentele de blocaj psihologul poate participa direct la jocul copilului sau la desen, intervenind minimal, atât cât să deblocheze emoţional micul pacient.

Se introduc treptat diverse teste sau scale de evaluare, sub formă de joc, fără a forţa ritmul, acceptarea şi motivaţia copilului, dar stimulându-i mereu curiozitatea sau interesul. Se vor evita testările prea îndelungi şi obositoare, dar un test o dată început, mai ales în cazul celor de performanţă, se va urmări să fie dus până la capăt sau atât cât permit posibilităţile copilului. Nu ne vom grăbi să tragem o concluzie, mai ales ca urmare a faptului că la primul contact cu un psihiatru sau cu un psiholog, mulţi copii pot fi tăcuţi şi retraşi, fără ca aceasta să releve neapărat un simptom depresiv sau anxios. De aceea, răbdarea în evaluare şi introducerea mijloacelor de testare la momentul oportun sunt condiţii ale realizării unei evaluări de calitate.

Este momentul unor contacte de evaluare comună, în echipă, solicitându-se după caz, de comun acord, consultaţii suplimentare, dacă nu au fost încă efectuate şi sunt necesare (de exemplu, investigaţii somatice suplimentare), coroborându-se datele examinărilor psihice de până acum. Se conectează datele suplimentare cu privire la interviurile şi observaţiile făcute asupra familiei sau mediului social, şcolar al copilului. Se aduc în discuţie datele de diagnostic familial, acumulate în paralel de psiholog, printr-un travaliu evaluativ specific, ţintit, care se corelează cu observaţiile pedopsihiatrului şi, după caz, ale asistentului social.

La finele etapei de evaluare, psihologul formulează un psihodiagnostic descriptiv al dezvoltării copilului comparativ cu copiii normali de aceeaşi vârstă, precizează principalele tipuri de tulburări psihice şi/sau de comportament, semnalează principalele resurse psihice compensatorii individuale, dar şi familiale, precizează principalele limite şi riscuri în receptivitatea familiei, ca şi în posibilităţile de moment ale copilului. În baza acestei evaluări, el formulează obiective pentru un plan de tratament psihoterapeutic şi familial (după caz) ca parte integrantă dintr-un plan terapeutic şi recuperator mai larg. La finele evaluării, psihiatrul şi psihologul explică părinţilor şi copilului (în funcţie de

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

vârstă) intenţiile planului terapeutic şi precizează dacă este necesară contactarea altor persoane implicate (de exemplu, medicul generalist, profesorul, asistentul social). Aceştia pot oferi informaţii clare asupra oricărui tratament propus şi pot încuraja întrebările şi discuţiile lămuritoare.

În cazul în care avizul echipei terapeutice indică mai curând sau în exclusivitate un demers psihoterapeutic individual, familial sau educaţional ori unul centrat pe optimizare comportamentală şi consiliere, psihologul cu competenţă în consiliere/psihoterapie va prelua cazul şi va aplica programul stabilit. La finele tratamentului psihologic, el va reevalua starea şi achiziţiile copilului şi, dacă este necesar, în caz de eşec sau răspuns terapeutic nesemnificativ, va solicita o nouă evaluare psihiatrică ori va reorienta cazul către un terapeut mai competent.

Evaluarea psihologică prin teste

Pentru conturarea unui psihodiagnostic complet se utilizează corelat testele de dezvoltare (abilităţi sau achiziţii educaţionale) – instrumentele de măsurare de tip screening, testele de inteligenţă şi performanţă şi testele proiective (pentru obiectivarea trăsăturilor de personalitate şi a posibilelor tulburări emoţionale şi de comportament).

Dintre testele proiective cel mai frecvent folosite în cazul copiilor fac parte „Testul desenului familiei", „Testul omuleţului", „Testul culorilor", „Testul feţei umane", „Testul arborelui", „Testul petelor negre – Holtzman", „Testele situaţionale bazate pe imagerie, metaforă şi dramatizare", „Testul asociativ-verbal".

Testele de măsurare de tip screening identifică acei copii cu risc de dezvoltare psiho-comportamentală sau care prezintă anumite handicapuri. Depistarea acestora se face cu intenţia de a se alcătui programe speciale de intervenţie educaţional-terapeutică. Aceste teste cuprind anumite expectaţii privind diferitele dimensiuni ale comportamentului copilului pentru o anumită vârstă (motor, limbaj-comunicare, cognitiv, afectiv, relaţional-social). Testarea de tip screening se face la nivel de comunitate, selectând copiii ce necesită evaluări intensive suplimentare în vederea precizării mai exacte a serviciilor educaţionale şi terapeutice necesare (N. Mitrofan, 1997).

Într-o apreciere extrem de concentrată, J.S. Meisels şi B.A.Wasik (1990) alcătuieşte o listă cu cele mai importante cerinţe ale acestor instrumente de măsurare, şi anume: să fie scurte, raportate la norme, ieftine, standardizate în administrare, evaluate (scorate) obiectiv, orientate către toate ariile dezvoltării, demne de încredere şi valide. Cea mai bună dovadă de validitate o constituie corespondenţa dintre numărul copiilor trimişi pentru evaluare (deci suspectaţi în a avea probleme) şi numărul celor, care în mod real, necesită servicii educaţional-terapeutice speciale. De cele mai multe ori, testele de tip screening sunt folosite în cadrul unui program mai amplu de măsurare şi evaluare a copiilor dintr-o comunitate, care poate cuprinde mai multe tipuri de investigaţii (Peterson *apud* N. Mitrofan, 1997, p. 22):

Examinarea pediatrică implică:

- Aflarea istoriei dezvoltării copilului, obţinută în baza intervievării părinţilor sau a celor ce au grijă de el. În acest scop, pot fi folosite chestionarele sau listele de control.
- Obţinerea de date de la părinţi sau de la persoanele ce îngrijesc copilul privind problemele speciale sau preocupările lor în legătură cu acesta.

- Evaluarea statutului general al evaluării copilului, folosind un instrument de măsurare de tip screening.
- Revizuirea dezvoltării în 4 domenii : statutul fizic, dezvoltarea psihologică, statutul familial, statutul sociocultural.

Dintre instrumentele de evaluare de tip screening utilizate în prezent amintim :

- Testul Denver de evidenţiere a achiziţiilor în planul dezvoltării ;
- Inventarul de dezvoltare Battelle ;
- Testul de triere Brigance (revizuit) pentru grădiniţă şi copii de clasa I ;
- Testul de triere Brigance pentru preşcolari ;
- Inventarul de triere pe baza activităţilor de dezvoltare ;
- Indicatorii dezvoltării pentru măsurarea efectelor învăţării ;
- Inventarul pentru trierea timpurie.

Profilurile trierii timpurii :

- Testul de triere al lui McCarthy ;
- Testul Miller de măsurare a preşcolarilor ;
- Teste de măsurare de tip screening pentru arii comportamentale specifice.

Testele de măsurare a dezvoltării sunt grupate pe niveluri de vârstă şi este foarte important ca în utilizarea lor să selectăm instrumentele care corespund exact vârstei copilului evaluat.

Astfel, pentru evaluarea dezvoltării nou-născuţilor dispunem de scale speciale cum ar fi : „Scala de măsurare a comportamentului copilului născut înainte de termen", „Scala de măsurare a comportamentului neonatal", „Măsurarea neurologică a copilului născut înainte de termen şi la termen", „Chestionar pentru temperamentul copilului (revizuit)".

Pentru evaluarea dezvoltării copiilor între 0 şi 2-3 ani se folosesc :

- Sistemul de evaluare, măsurare şi programare pentru copiii foarte mici şi mici ;
- Scalele Bayley ale dezvoltării copilului ;
- Carolina curriculum pentru copiii foarte mici cu nevoi speciale ;
- Profilul de dezvoltare a intervenţiei timpurii ;
- Profilul achiziţiilor învăţării timpurii ;
- Profilul Hawai al învăţării timpurii ;
- Inventarul Minnesota de dezvoltare a copilului ;
- Scalele ordinale ale dezvoltării psihologice.

Pentru evaluarea dezvoltării copiilor preşcolari şi a şcolarilor mici, cele mai utilizate sunt următoarele instrumente :

- Inventarul dezvoltării copilului ;
- Inventarul diagnostic al lui Brigance pentru dezvoltarea timpurie (revizuit) ;
- Profilul achiziţiilor învăţării ;
- Sistemul de planificare a serviciilor pentru copilăria timpurie ;
- Carolina curriculum pentru preşcolarii cu nevoi speciale ;
- Testul Gesell pentru preşcolari ;
- Scalele de dezvoltare Gesell ;
- Diagramele Gunzburg de evaluare a progresului ;

- Scala de maturitate socială Vineland (care stabileşte vârsta socială);
- Scala comportamentului adaptativ Nihira;
- Scale de achiziţii educaţionale (analiza citirii – Neale, testul Schonell de citire gradată şi de pronunţie gradată etc.).

Foarte importante în evaluarea psihodiagnostică a copilului sunt testele de inteligenţă şi aptitudini. Cele mai cunoscute şi utile sunt:

- Scala de inteligenţă Stanford-Binet, care este o revizuire a testului iniţial. Ea este utilă pentru copiii din clasa de mijloc sau cu aptitudini scăzute, fiind orientată mai mult pe aptitudini verbale;
- Scala de inteligenţă pentru copii Wechsler – forma revizuită (WISC-R) –, care oferă un profil al aptitudinilor verbale şi de performanţă, fiind considerată o scală foarte bine standardizată. Nu poate fi folosită pentru un QI mai mic de 40;
- Scala de inteligenţă Wechsler pentru preşcolari şi şcolari mici (WPPSI), utilă în cazul copiilor între 4 şi 6,5 ani, ca şi al celor cu întârziere mintală;
- Scalele de aptitudini (britanice) cu 24 de subscale, adecvate vârstelor între 2,5 şi 17 ani. Acoperă 6 domenii: viteza prelucrării informaţiilor, gândirea, reprezentările spaţiale, adecvarea percepţiei, memoria, aplicarea cunoştinţelor;
- Testul de desen Goodenough-Harris, test de inteligenţă nonverbală pentru copiii de 3-10 ani.

Descrierea în detaliu a acestor instrumente şi caracteristicile lor de utilizare sunt prezentate în N. Mitrofan (1997).

Alte informaţii utile în evaluarea copilului sunt preluate de la profesori sau persoane de contact care pot oferi o imagine mai completă privind comportamentul copilului în clasă, în colectivitatea de copii, nivelul achiziţiilor şi al performanţelor, preocupările speciale, contextul familial şi relaţional etc. Pentru completarea tabloului investigativ în echipă, prezentăm în continuare, ca un instrument de lucru cu valenţe structurante, schema anamnezei şi examinării psihiatrice după Graham (1986), preluată din *Tratatul de psihiatrie Oxford* (Gelder, Gath, Mayou, 1994).

Schema anamnezei şi examinării psihiatrice (Graham, 1986):

1. Natura şi severitatea problemei actuale:
   - frecvenţa;
   - situaţia în care apare;
   - factorii care o provoacă sau o ameliorează;
   - stresuri pe care părinţii le consideră importante.
2. Prezenţa altor probleme şi acuze curente:
   - somatice – cefalee, dureri gastrice;
   - auzul, văzul;
   - convulsii, leşinuri, alte tipuri de „atacuri";
   - probleme de alimentaţie, somn sau excreţie;
   - relaţii cu părinţii şi fraţii (afecţiune, înţelegere);
   - relaţii cu alţi copii, prieteni deosebiţi;
   - nivelul de activitate, aria de atenţie, concentrarea;
   - dispoziţia, nivelul energetic (tristeţe, suferinţă, depresie, sentimente legate de sinucidere);

- nivelul general de anxietate, frici specifice;
- răspunsul la frustrare, crize de furie;
- comportament antisocial, agresivitate, furt, chiul;
- achiziţii educaţionale, atitudinea faţă de mersul la şcoală;
- interesul şi comportamentul sexual;
- orice alte simptome, ticuri etc.

3. Nivelul curent de dezvoltare:
   - limbaj, înţelegere, complexitate a vorbirii;
   - aptitudini spaţiale;
   - coordonare motorie, neîndemânare.
4. Structura familiei:
   a. părinţii:
      - vârsta, ocupaţia;
      - starea somatică şi emoţională curentă;
      - istoric de tulburare somatică sau psihiatrică;
      - bunicii.
   b. fraţii:
      - vârsta, existenţa problemelor;
      - condiţiile acasă, condiţiile pentru dormit.
5. Funcţionarea familiei:
   - calitatea relaţiei dintre părinţi, afecţiunea mutuală, capacitatea de a comunica şi rezolva problemele, împărtăşirea atitudinilor faţă de problemele copilului;
   - calitatea relaţiei părinte – copil, interacţiunea pozitivă, afecţiunea reciprocă, nivelul de nemulţumire, ostilitate, respingere a părinţilor;
   - relaţia cu fraţii;
   - modelul general al relaţiilor de familie, alianţă, comunicare, excludere, tendinţa de a găsi „ţapi ispăşitori", confuzii între generaţii.
6. Istoricul personal:
   - sarcină, complicaţii, medicaţie, febră de natură infecţioasă;
   - naşterea şi starea la naştere, greutatea la naştere, nevoia de îngrijiri speciale după naştere;
   - relaţia precoce mamă – copil, depresia maternă post-partum, modurile iniţiale de alimentaţie;
   - caracteristicile temperamentale precoce: comod sau dificil, schimbător, sugar sau copil mic fără astâmpăr;
   - date importante (se vor obţine detalii exacte numai dacă sunt în afara normalului);
   - boli şi leziuni trecute, spitalizări;
   - separări care au durat o săptămână şi mai mult, felul îngrijirii de substituţie;
   - istoria şcolarizării, uşurinţa de a urma şcoala, progresul educaţional.
7. Observarea stării emoţionale şi a comportamentului copilului:
   - aspect, semne de dismorfism, stare nutriţională, semne de neglijare, echimoze etc.;
   - mişcări involuntare, capacitate de concentrare, nivelul de activitate;
   - dispoziţie, expresie sau semne de tristeţe, suferinţă, anxietate, tensiune;

- raportul creat, capacitatea de a intra în legătură cu medicul, contactul vizual, vorbirea spontană, inhibiţie şi dezinhibiţie;
- relaţia cu părinţii, afecţiunea arătată, resentimente, uşurinţa separării;
- obiceiuri şi manierisme;
- prezenţa delirului, a halucinaţiilor şi tulburărilor de gândire;
- nivelul de conştiinţă, indicii de epilepsie minoră.

8. Observarea relaţiilor intrafamiliale:
   - modele de interacţiune, alianţe, ţapi ispăşitori;
   - claritatea limitelor dintre generaţii, încurcături;
   - uşurinţa comunicării dintre membrii familiei;
   - atmosfera emoţională a familiei, căldură mutuală, tensiune, critici.
9. Examenul somatic al copilului:
   - se va nota orice asimetrie facială;
   - mişcările ochilor: vom cere copilului să urmărească un deget care se mişcă şi vom observa mişcările ochilor – strabism, necoordonare;
   - apoziţia deget – police: vom cere copilului să pună fiecare deget pe police în succesiune rapidă; vom observa neîndemânarea, slăbiciunea;
   - copierea, desenarea unui om;
   - observarea abilităţii şi dexterităţii în desen;
   - observarea competenţei vizuale în desen;
   - săritura pe loc;
   - săritura într-un picior;
   - auzul: capacitatea copilului de a repeta numere şoptite la 2 m în spatele lui.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul III

Tulburările psihice la copil

Gianina Cucu-Ciuhan

III.1. Devierile comportamentale la copil

Clasificarea tulburărilor de comportament

Comportamentul copilului este oglinda dezvoltării sale psihice. Este reacţia personalităţii lui în formare faţă de lumea din afară şi faţă de propria persoană. Este expresia externă a nucleului personalităţii în formare.

Comportamentul este diferit în funcţie de: vârstă, factori temperamentali, factori constituţionali, factori sociali. El oscilează între anumite limite considerate normale pentru vârsta respectivă.

Tulburările de comportament reprezintă apariţia unor manifestări de conduită care depăşesc limita normalităţii la vârsta respectivă. Aceste abateri exprimă atitudinea structurată a copilului faţă de muncă, faţă de alte persoane, faţă de autoritatea educativă, faţă de lucruri şi chiar faţă de propria persoană. Ele sunt numeroase în perioada copilăriei.

Din cauza cadrului foarte larg de manifestare şi a interferenţelor posibile, tulburările de comportament se confundă adesea la această vârstă cu psihopatia sau cu delincvenţa juvenilă.

Tulburările de comportament pot constitui expresia mai multor tulburări psihice, având şi anumite particularităţi în funcţie de acestea. Cu alte cuvinte, ele pot apărea şi sub alte forme decât de sine stătătoare. Astfel, se pot manifesta:

- numai ca un simptom în cadrul unei boli psihice de ordin psihotic sau al unei boli neuropsihice cu substrat lezional organic (encefalopatie, epilepsie, tumori etc.);
- pot avea un caracter reactiv nevrotic – sub forma unor reacţii de protest, a demisiei sau a altor modalităţi de manifestare comportamentală care traduc prezenţa unor forme de apărare nevrotice;
- sub forma unor deprinderi negative de comportament, pe fondul unor condiţii negative insuficiente care, dacă durează mai multă vreme, pot duce la psihopatie;
- sub forma unui sindrom în cadrul anomaliilor de personalitate; în acest caz, copilul şochează prin tendinţa de organizare dizarmonică a personalităţii. Aceste forme sunt foarte rezistente la tratament, constituind de obicei sursa psihopatiei adultului.

Cauzele apariţiei unei tulburări de comportament la copil sunt multiple. Rolul factorilor genetici nu este încă prea clar precizat, pe această temă cercetătorii purtând în continuare lungi dezbateri (DiLalla şi Gottesman, 1991). S-a constatat însă că majoritatea copiilor care prezintă de timpuriu tulburări comportamentale s-au manifestat chiar la scurt timp după naştere ca uşor iritabili, fără un program regulat, nerăspunzând adecvat la confort (Turner, 1992).

O altă cauză ar putea fi educaţia necorespunzătoare a copilului respectiv, o educaţie caracterizată prin inconsecvenţă, libertate exagerată sau o educaţie prea autoritară, inflexibilă, neunitară sau contradictorie. Această situaţie este mai frecventă în familiile fără experienţă, cu stres marital prelungit, cu dezacorduri evidente între părinţi. A. Cosmovici (1998) vorbeşte despre două axe ale atitudinii parentale faţă de copil (vezi figura 2):

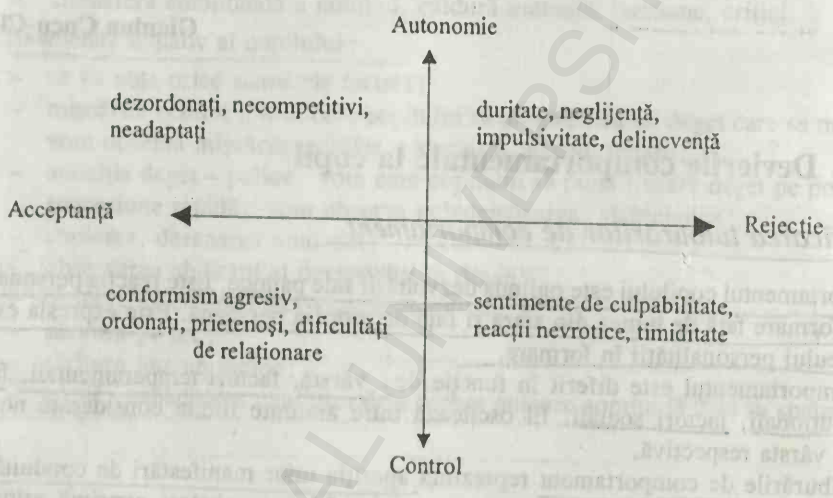


Figura 4. *Atitudinea parentală faţă de copil* (A. Cosmovici, 1998)

a) atitudinile pozitive de acceptanţă şi căldură a părinţilor faţă de copil *versus* atitudinea de respingere, camuflată sau nu, ce se manifestă prin ostilitate (autoritate brutală);
b) autonomia psihică acordată de părinţi (până la a neglija orarul şi activităţile copilului) *versus* forme de control (lejer, ferm, sever).

Autorul susţine dependenţa comportamentului copilului de combinarea acestor două axe atitudinale.

O altă cauză a tulburărilor de comportament al copiilor pot fi tulburările de personalitate a educatorilor. Putem avea de-a face fie cu educatori cu labilitate emoţională, fie cu educatori prea rigizi.

O altă cauză o constituie condiţiile de mediu extern defavorabile. Cel mai adesea, un astfel de copil trăieşte într-un mediu insuficient sub raportul stimulării şi corecţiei pe care copilul trebuie să le primească prin experienţa socială a altora sau trăieşte într-un mediu care-l solicită prin bogăţia stimulilor peste posibilităţile lui de adaptare. Aceste tulburări pot să apară la copii cu un fond constituţional normal. Ele sunt în general trecătoare, dependente strict de condiţiile de viaţă ale copilului.

O analiză completă şi detaliată a cauzelor ce pot determina comportamentul deviant la copii este realizată de N. Mitrofan în lucrarea *Psihologie Judiciară* (N. Mitrofan, 1994).

Autorul vorbeşte despre două categorii de factori ce stau la baza delincvenţei juvenile: a) factori interni, individuali şi b) factori externi, sociali.

În categoria factorilor individuali intră: a) disfuncţiile cerebrale (cercetările au demonstrat specificitatea traseelor EEG la delincvenţii minori); b) deficienţele intelectuale (s-a constatat existenţa unui număr mare de cazuri de delincvenţi minori cu un nivel intelectual scăzut, acest lucru împiedicându-i să anticipeze consecinţele faptelor comise); c) tulburări ale afectivităţii (insuficientă maturizare afectivă care duce la lipsa obiectivităţii în evaluarea de sine); d) tulburări caracteriale (imaturizare caracterologică).

În categoria factorilor sociali intră: a) climatul educaţional familial (familii dezorganizate, atmosferă familială conflictuală, climat hiperautoritar sau climat hiperpermisiv); b) eşecurile privind integrarea şcolară (nivel scăzut atât al randamentului şcolar, cât şi al satisfacţiei resimţite de elev în legătură cu activitatea şcolară).

• Numai 1/3 din totalul tulburărilor de comportament se transformă în psihopatie. În primii 15-16 ani de viaţă nu se pune diagnosticul de psihopatie, ci numai de tulburare de comportament. O tulburare de comportament care tinde să se organizeze într-o formă de psihopatie se manifestă printr-o dezadaptare şi o alterare a relaţiilor interpersonale cu lumea din jur şi printr-o atitudine disproporţionată, neadecvată faţă de situaţiile date, mergând de la neajunsuri în şcoală şi în familie până la manifestări cu caracter antisocial sau delincvent atunci când copiii contravin deja legilor prin comportamentul lor.

• Evoluţia tulburărilor de comportament (frecvenţa, severitatea şi durata comportamentului agresiv şi antisocial) depinde foarte mult de momentul în care apar primele simptome. Copiii pot urma traiectorii diferite, spre tulburări de conduită, delincvenţă sau criminalitate. Unii îşi încep „cariera" timpuriu, de obicei în familie, iar alţii mai târziu, când încep să-şi facă prieteni în grupuri delincvente.

• Copiii ale căror prime simptome apar timpuriu manifestă de regulă patternuri comportamentale disfuncţionale încă din anii de grădiniţă. În primii ani de şcoală apar dificultăţi evidente de interacţionare cu învăţătorul şi cu colegii, copiii având permanent tendinţa de a se angaja în acte antisociale.

Există patru ipostaze care duc la tulburări de comportament – de aici patru categorii de tulburări de comportament (Ghiran, 1991):

- Tulburări de comportament de tip criză bio-psiho-socială. Această categorie de tulburări comportamentale sunt numai expresia trecerii prin starea de criză. Ele sunt raportate la anumite etape critice de vârstă.
- Tulburări de comportament de tip carenţial care sunt determinate de carenţe afective sau materiale. Carenţele, indiferent de natura lor, duc la insuficienţe care nu le satisfac copiilor în cauză nici măcar trebuinţele elementare. Aceste insuficienţe determină tulburări de comportament.
- Tulburări de comportament de tip sociopatic. În acest caz, comportamentul deviant îşi are originea într-un eveniment extrafamilial cu influenţe asupra individului. Tulburările de comportament pot apărea ca simple simptome în cadrul unor tulburări psihice mult mai complexe.

Dacă ne referim la fenomenologia clinică de manifestare (vezi figura 3), tulburările de comportament se împart în două categorii (Ghiran, 1991):

- Tulburări de comportament neepisodice. Acestea se înlănţuiesc, trec una din alta şi aproape că nu le poţi sesiza începutul. Ele nu au caracter de boală, ci pur şi simplu un rău duce la alt rău.

- Tulburări de comportament episodice. Acestea se caracterizează printr-o evoluţie sinusoidală. Astfel, după o perioadă de echilibru, apar perioade de dezechilibru, comportamentul modificându-se.

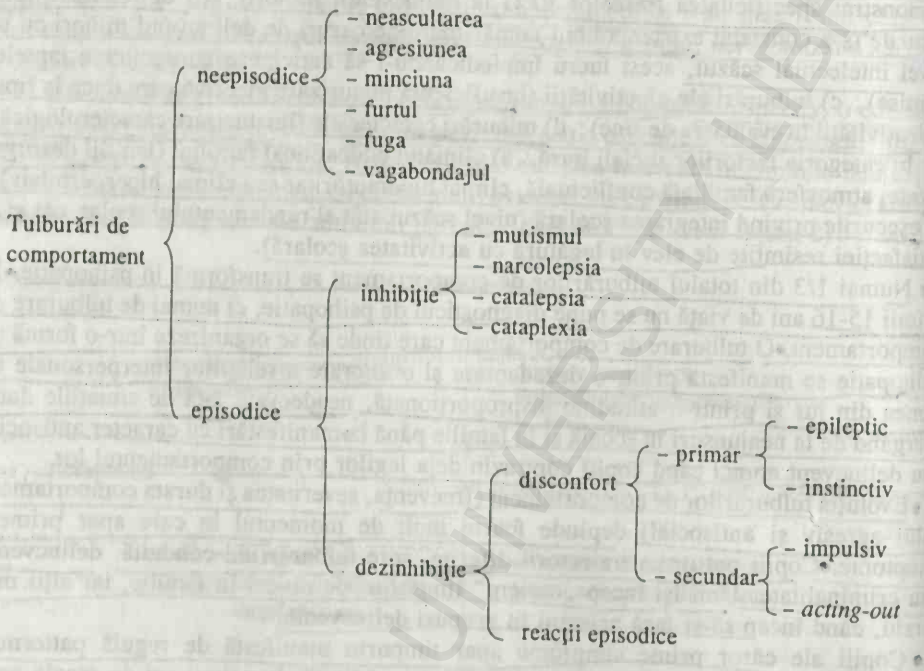


Figura 5. *Clasificarea tulburărilor de comportament în funcţie de fenomenologia clinică de manifestare* (Ghiran, 1991)

Tulburările de comportament neepisodice

În categoria tulburărilor de comportament neepisodice intră şase tipuri de comportamente deviante: neascultarea, agresiunea, minciuna, furtul, fuga şi vagabondajul.

Neascultarea. Cea mai simplă definiţie a neascultării este refuzul autorităţii, în primul rând familiale, care apoi se generalizează la nivelul altor forme de autoritate, în special sociale. Acest refuz al autorităţii generează conflicte permanente. Neascultarea apare în special la copiii cu o dezvoltare dizarmonică, cu leziuni ale sistemului nervos central sau la copiii retardaţi mintal.

Un rol important îl are climatul educaţional. Neascultarea este mai frecventă la copiii educaţi într-un climat de nedreptate şi lipsă de respect. Apare mai ales în familiile în care nu există un echilibru între dragoste şi punitie, în familiile cu restricţii excesive, cu libertate excesivă şi în familiile cu disensiuni în educaţia copilului.

De partea cealaltă, supunerea este reacţia pozitivă a copilului la solicitările celor din jur şi depinde de relaţia lui emoţională cu persoanele respective. Ascultarea depinde foarte mult de natura relaţiei părinte - copil. Cu cât relaţiile copilului cu părinţii sunt de natură pozitivă, cu atât copilul va fi mai ascultător. Specialiştii consideră că orice punitie înainte de 4 ani creşte tensiunea interioară şi duce la neascultare.

Agresiunea este tendința spre comportamente încărcate de reacții brutale, distructive și de atacare. Putem vorbi despre două tipuri de agresiune: a) agresiunea care vine dintr-un sentiment de ură și este asociată cu acesta (trebuie să se țină seama, în acest caz, de faptul că în spatele sentimentului de ură există o anumită stare de conflictualitate care generează tensiune psihică; astfel, pentru a reduce agresivitatea, trebuie rezolvat mai întâi conflictul care generează o astfel de reacție și, în acest fel, redusă tensiunea psihică); b) agresiunea care izvorăște din tendința pulsională a individului (de această dată, avem de-a face cu un copil cu o structură dizarmonică, înclinat spre rău, care chiar simte bucurie atunci când face rău).

Agresiunea poate fi cauzată și de unele idei delirante sau de anxietate. Nevroticii agresionează total, pentru a nu fi ei agresionați.

Minciuna este o reacție de afirmare neconformă cu adevărul. Ea poate fi o minciună intenționată, un delict (copilul minte pentru a se răzbuna, pentru a denigra sau pentru a devaloriza pe cineva) sau poate fi expresia tendințelor de autoapărare. Copilul poate minți și din dorința de a atrage atenția sau pentru a imita atitudini similare cu cele ale adulților. Minciuna este asociată de obicei și cu alte tulburări de comportament, mai ales cu furtul. Este foarte important să facem deosebirea între minciună și acele greșeli pe care copilul le face ca efect al nedezvoltării (de exemplu, spune tata tuturor celor care se apropie de el). De asemenea, minciuna trebuie izolată de tendința de transformare mitomanică, a cărei cauză este insuficienta discriminare între realitate și fantezie, și de confabulație. Nu se poate spune despre un copil că minte înainte de 7 ani, deoarece până la această vârstă nu este asimilat conceptul de minciună. O persoană care minte are conștiința adevărului și urmărește un scop sau un avantaj.

Furtul este un comportament deviant care se structurează foarte repede în deprinderi la copii. Aceștia încep de la mici furtișaguri și pot merge până la furturi selective, furturi prin efracție, spargere, tâlhărie. Există situații în care copilul nu are noțiunea valorii morale a actului (copiii sub 5-6 ani). Putem spune despre un copil că fură abia atunci când suntem siguri că acesta deosebește lucrurile care îi aparțin lui de ale altora și are fixate normele etice elementare. Acest comportament poate fi generat de o multitudine de cauze. El poate fi un comportament învățat, acesta fiind cazul copiilor proveniți din familii de hoți. Copilul poate fura din dorința de a se impune celor din jur, de a-și asigura prestigiul sau pur și simplu din dorința de posesiune. Este mai grav însă când cauzele furtului sunt de natură patologică. Astfel, furtul poate apărea ca simptom în tulburările isterice (furturi cu caracter impulsiv) sau pot fi cauzate de insuficiența psihică (copilul respectiv nu a achiziționat valorile morale). Un caz aparte este cel al fetiței aflate în perioada instalării ciclului menstrual.

Cleptomania este tendința patologică de a fura fără ca persoana în cauză să urmărească un profit. Se caracterizează prin apariția bruscă și obsedantă a impulsului de a-și însuși un obiect, concomitent cu o stare de neliniște și de luptă împotriva acestei dorințe. Realizarea efectivă a furtului duce la o reacție de ușurare.

Fuga poate fi de două feluri: fuga de la școală și fuga cu caracter impulsiv.

a) Fuga de la școală. Școala, în general, trebuie să reprezinte un context de satisfacție (întâlnire cu colegii, valorizare personală etc.). Atunci când nu se întâmplă acest lucru apare o gravă alterare a raporturilor sociale ale copilului. Există trei categorii de cauze

ce pot determina fuga copilului de la şcoală. O parte dintre ele ţin de copil: el nu face faţă cerinţelor (fapt întâlnit în special la copiii cu intelect de limită şcolarizaţi în şcoala de masă), are un defect ce ţine de sănătatea somatică şi este blamat de colegi sau nivelul pretenţiilor faţă de rezultatele lui şcolare depăşeşte cu mult nivelul dotării sale intelectuale (în acest caz, copilul trăieşte un sentiment acut de insucces şi caută alt mediu de valorizare personală, de regulă extraşcolar). Un caz aparte este atunci când ruperea totală de şcoală este un început de schizofrenie, refuzul şcolii însemnând tocmai intrarea în boală. A doua categorie de cauze ţin de şcoală: caracterul psihopat al pedagogilor, lipsa unei atitudini pedagogice diferenţiate faţă de copiii suferinzi psihic sau senzorial ori atitudinea agresivă a colegilor (certuri, bătăi etc.). A treia categorie de cauze ţin de familie: devalorizarea conştientă a şcolii de către părinţi, grija excesivă a părinţilor pentru copii (părinţii au tendinţa de a creşte exagerat dependenţa copiilor faţă de ei şi, drept consecinţă, aceştia nu se pot adapta cerinţelor şcolare) sau transformarea şcolii într-o sursă de anxietate (de exemplu, copilul este pedepsit aspru pentru cel mai mic insucces).

b) Fuga cu caracter impulsiv este un comportament repetitiv şi vine pe neaşteptate. Copilul simte un impuls şi o chemare puternică de a se duce undeva. Elementul distinctiv îl constituie îngustarea stării de conştiinţă în momentul în care începe fuga. Această îngustare a stării de conştiinţă are o durată şi o intensitate variabile. Copilul se trezeşte după câteva ore sau chiar zile. Această formă apare în special la epileptici, idioţi, imbecili, psihopaţi impulsivi şi isterici. Are acelaşi mecanism de descărcare ca al unei crize epileptice şi copilul rămâne cu amnezie ulterioară.

Vagabondajul. Ambele forme de fugă pot continua cu vagabondaj. Vagabondajul este o atitudine deliberată faţă de mediul familial şi faţă de muncă. Copilul are conştiinţa întregii sale conduite. Se caracterizează prin lipsa domiciliului (nu simte nevoia), neacceptarea privaţiunilor, săvârşirea de acte antisociale. La şcolarul mic, vagabondajul poate apărea ca o reacţie de răzbunare faţă de atitudinea sau pedeapsa nejustă, poate fi o atitudine deliberată cauzată de anumite stări de panică, frică, anxietate, poate apărea pe fondul unor insuccese şcolare (evitarea pedepsei). De asemenea, fenomenul poate apărea şi la şcolarii introvertiţi, sensibili, care suportă cu greu micile privaţiuni familiale.

Tulburările de comportament episodice

Tulburările de comportament episodice se caracterizează printr-o întrerupere bruscă a modului de viaţă. După o perioadă de echilibru apar perioade de dezechilibru.

Această categorie de tulburări se împarte în două subcategorii:

1) Tulburări caracterizate printr-o stare de inhibiţie a comportamentului general. Acestea sunt: mutismul, narcolepsia, catalepsia şi cataplexia.

Mutismul apare din cauza sistării vorbirii din orgoliu. Cu alte cuvinte, copilul se înfurie şi nu mai comunică. El poate fi unul electiv (copilul nu comunică cu cineva anume) sau unul de tip isteric (după o criză, copilul nu mai comunică o perioadă lungă). Mecanismul de producere are la bază anxietatea.

Narcolepsia este procesul de intrare în inhibiţie, brusc, în situaţiile cele mai nepotrivite. Copilul simte nevoia subită şi imperioasă de a dormi în timpul zilei. Somnul se poate instala când se merge pe stradă etc.

Catalepsia (*catatonia*) se manifestă printr-o stare de rigiditate şi creştere a tonusului postural. Această hipertonie împiedică mersul, faţa copilului devine imobilă, complet lipsită de expresivitate. Catalepsia se poate asocia fie cu o stare de negativism (copilul execută invers comenzile), fie cu o stare de flexibilitate ceroasă (poate sta ore întregi în poziţia în care îl pui), fie – uneori – cu o sugestibilitate foarte mare.

Cataplexia este tot o stare de inhibiţie, însă se produce o pareză generalizată în toţi muşchii striaţi (suspendarea totală a tonusului muscular şi a mişcărilor voluntare, cu cădere). Copilul are senzaţia că pică în gol, îşi păstrează starea de veghe, dar nu are nici un fel de control asupra muşchilor. Această tulburare apare brusc, copilul trăind un sentiment de anxietate pentru că nu poate face nimic.

2) Tulburări caracterizate printr-o stare de dezinhibiţie a comportamentului general. În această categorie de tulburări prevalează patologic procesul de creştere a excitabilităţii şi se clasifică după cum urmează:

a) *Disconfortul episodic* care poate avea caracter critic *primar* şi *secundar*.

Disconfortul episodic *primar* poate apărea sub două forme: epileptic şi instinctiv.

- Disconfortul epileptic se caracterizează prin faptul că şi începutul, şi sfârşitul crizei sunt extrem de bruşte, copilul pierde contactul cu realitatea, iar comportamentul ulterior este haotic. Descărcarea faţă de lumea înconjurătoare este neselectivă (copilul se descarcă pe obiecte, pe persoana apropiată). Starea afectivă este nediferenţiată. Intenţia este difuză, nu poate fi bănuită. Conştiinţa este îngustată şi apar amnezii ulterioare. Finalizarea acţiunii nu determină satisfacţii.
- Disconfortul instinctiv se caracterizează prin faptul că atât începutul, cât şi sfârşitul crizei sunt tot bruşte, fără întârziere între momentul instalării impulsului şi reacţia afectivă. Copilul trăieşte o stare afectivă nediferenţiată. Spre deosebire de epilepsie însă, el îşi satisface nevoile primare şi obiectul pe care se descarcă fiind cel căutat.
- Disconfortul episodic *secundar* are, de asemenea, două forme: impulsivă şi de *acting-out*.

Forma impulsivă se caracterizează prin aspect critic, durată scurtă, început şi sfârşit bruşte, distanţa de la impuls la răspuns, neîngustarea conştiinţei, copilul în cauză acţionând, deşi îşi dă seama că nu face bine (acţiunea este antisocială).

- Forma *acting-out* caracterizează copiii care, în ciuda unui comportament supus, îşi schimbă comportamentul, devin agresivi, încep să consume alcool. În general, sunt şi ei şocaţi de ceea ce fac. Actul în sine nu are caracter haotic, ci este o acţiune obişnuită care apare la un om neobişnuit (acţiunea este o surpriză pentru toată lumea, inclusiv pentru autor).

b) *Reacţiile episodice* sunt de fapt tulburările de comportament ce apar ca simptome în celelalte tulburări psihice (nevroze, psihopatii, insuficienţe psihice, psihoze).

Manualul pentru diagnosticul şi statistica tulburărilor mintale (*DSM-III-R*) prezintă sub denumirea de tulburări de comportament de tip disruptiv trei tulburări de comportament: tulburările de conduită, opoziţionismul provocator şi hiperactivitatea cu deficit de atenţie.

Tulburarea de conduită se caracterizează prin încălcarea repetată a regulilor sociale importante şi/sau a drepturilor de bază ale altor persoane. Majoritatea simptomelor acestei tulburări pot avea repercusiuni legale.

Opoziţionismul provocator este un pattern comportamental caracterizat prin neascultare, negativism, provocare şi opoziţie faţă de autoritate.

Aceste tulburări sunt în esenţă de natură socială, ceea ce înseamnă că patternurile comportamentale ale acestor copii sunt diferite. Atunci când afirmăm despre un copil că suferă de una dintre aceste tulburări trebuie să ţinem cont de rolul lui social, de comportamentele specifice care sunt aşteptate de la el şi de gradul în care el se adaptează acestor cerinţe.

Într-o cercetare recentă realizată pe un lot de 177 de copii cu vârste cuprinse între 7 şi 12 ani, aflaţi sub tratament clinic ambulatoriu (Lahey şi colab., 1990), s-a constatat că diagnosticul de tulburare de conduită al acestor copii corelează cu un anumit profil de personalitate a tatălui biologic (comportament antisocial, antecedente penale, suspendări de la şcoală, tulburare de personalitate de tip antisocial) şi cu condamnări pe linie criminalistică ale rudelor biologice. Studiile de psihologie a dezvoltării au arătat (Campbell, Ewing, 1990) că relaţiile disfuncţionale timpurii dintre părinţi şi copil duc la deficite ulterioare în reglarea afectivă şi în formarea aptitudinilor cognitive şi sociale. Aceste relaţii disfuncţionale sunt predictori ai unei slabe adaptări şcolare şi sociale în clasele primare.

Spre o tulburare de conduită a adolescenţei s-au identificat două trasee distincte: debutul timpuriu al comportamentelor problematice (care este cel mai bun predictor al severităţii şi frecvenţei comportamentului agresiv şi antisocial de mai târziu) şi debutul acestor comportamente la o vârstă mai înaintată (Dumas, 1992).

Împreună, tulburarea de conduită şi opoziţionismul provocator au o rată a prevalenţei în rândul populaţiei între 8% şi 12%.

Avem de-a face cu o tulburare de conduită atunci când copilul manifestă cel puţin trei dintre următoarele comportamente: fură, lipseşte de acasă peste noapte cel puţin de două ori pe săptămână, minte des, pune foc deliberat, chiuleşte des de la ore, intră în diferite locuri prin efracţie, distruge proprietatea altora, se comportă crud cu animalele, forţează pe altcineva la activităţi sexuale, foloseşte arme în dispute, iniţiază des dispute fizice, se comportă crud cu alţii.

Avem de-a face cu opoziţionism provocator atunci când copilul manifestă cel puţin cinci dintre următoarele comportamente deviante: îşi pierde adesea cumpătul, se contrazice des cu adulţii, este uşor de distras, adesea sfidează sau refuză cerinţele adulţilor de a se conforma la reguli, face deliberat lucruri care enervează pe cei din jur, îi învinovăţeşte pe alţii pentru propriile lui greşeli, este uşor de enervat de către alţii, adesea este furios şi îi respinge pe cei din jur, frecvent este răzbunător şi are tendinţa de a face în ciudă, utilizează limbaj obscen şi înjură.

De la tulburările de conduită la delincvenţa juvenilă nu este decât un pas.

Hiperactivitatea cu deficit de atenţie. Caracteristicile majore ale copiilor cu hiperactivitate cu deficit de atenţie sunt (Barkley, 1991):

1. Susţinerea slabă a atenţiei şi persistenţa scăzută a efortului în sarcină, în special la copiii care sunt relativ dezinteresaţi şi delăsători. Acestea se constată frecvent la indivizii care se plictisesc rapid de sarcinile repetitive, trecând de la o activitate neterminată la alta, pierzându-şi adesea concentrarea în timpul sarcinii şi greşind la sarcinile de rutină fără supraveghere.
2. Controlul diminuat al impulsurilor sau întârzierea satisfacţiei. Aceasta se manifestă în special în inabilitatea individului de a se opri şi de a gândi înainte de a acţiona,

de a-şi aştepta rândul când se joacă sau discută cu alţii, de a lucra pentru recompense mai mari şi pe termen mai lung decât de a opta pentru recompense mari, dar imediate şi de a-şi inhiba comportamentul în funcţie de cerinţele situaţiei.

3. Activitate excesivă, irelevantă pentru sarcină sau slab reglată de cererile situaţionale. Copiii hiperactivi se mişcă excesiv, realizând foarte multe mişcări suplimentare, inutile pentru executarea sarcinilor pe care le au.
4. Respectarea deficitară a regulilor. Copiii hiperactivi au frecvent dificultăţi în a urma regulile şi instrucţiunile, în special când nu sunt supravegheaţi. Acest comportament nu este cauzat de o slabă înţelegere a limbajului, de neascultare sau de problemele de memorie. Se pare că nici în cazul lor instruirea nu reglează comportamentul.
5. O varietate mai mare decât normală în timpul executării sarcinii. Nu este încă un consens în legătură cu includerea acestei caracteristici printre celelalte ale tulburării. Mult mai multe cercetări sugerează că indivizii hiperactivi prezintă o foarte mare instabilitate în privinţa calităţii, acurateţei şi vitezei cu care îşi realizează sarcinile, fapt care se oglindeşte în performanţele şcolare fluctuante, unde persoana nu reuşeşte să menţină un nivel de acurateţe în timpul sarcinilor repetitive lungi, obositoare şi neinteresante.

O parte a acestor caracteristici pot fi prezente şi la persoanele normale, în special la copiii mici. Ceea ce distinge copiii hiperactivi cu deficit de atenţie de indivizii normali este gradul şi frecvenţa mult mai mare cu care aceste caracteristici se manifestă.

Următoarele caracteristici sunt, de asemenea, asociate cu această tulburare:

1. Manifestarea timpurie a caracteristicilor majore. Mulţi copii hiperactivi au demonstrat aceste probleme încă din copilăria timpurie (3-4 ani), iar majoritatea de la 7 ani.
2. Variaţia situaţională. Caracteristicile majore prezintă o variabilitate situaţională foarte mare. Astfel, performanţa este bună în activităţile de tip unu la unu cu alţii, în special atunci când se implică tatăl sau o altă autoritate. De asemenea, performanţele indivizilor hiperactivi sunt mai bune când activităţile pe care le desfăşoară sunt noi, cu un grad ridicat de interes sau au consecinţe imediate pentru ei. Situaţiile de grup sau activităţile relativ repetitive, familiare şi neinteresante par să fie mai problematice pentru ei.
3. Evoluţia relativ cronică. Mulţi copii hiperactivi manifestă caracteristicile în timpul copilăriei şi adolescenţei. Principalele simptome se înrăutăţesc cu vârsta, majoritatea copiilor hiperactivi rămânând în urma celor de vârsta lor în abilitatea de a-şi susţine atenţia, de a-şi inhiba comportamentul şi de a-şi regla nivelul de activitate.

Prevalenţă şi evoluţie. Hiperactivitatea cu deficit de atenţie este o tulburare frecventă, instalându-se la 3-5% dintre copii. Rata sexului este de 3 : 1 (băieţi – fete), pe eşantioane comunitare, şi 6/9 : 1 (băieţi – fete), pe eşantioane clinice.

Hiperactivitatea cu deficit de atenţie se întâlneşte în aproape toate ţările şi grupurile etnice. Este mai des întâlnită la indivizii cu precedent în tulburările de conduită, dificultăţi de învăţare, ticuri sau sindromul Tourette. Tulburarea debutează în 50% dintre cazuri înainte de 4 ani, dar de cele mai multe ori nu este recunoscută până la începerea şcolii. Manifestările persistă întreaga copilărie. Mai târziu apar opoziţionismul provocator şi tulburările de conduită. La adult se manifestă tulburări de personalitate de tip antisocial, o treime dintre copii prezentând semnele tulburării şi în perioada adultă.

Hiperactivitatea cu deficit de atenţie are o evoluţie defavorabilă, prezisă în special de coexistenţa tulburării de conduită, QI-ului scăzut şi tulburării mintale severe la părinţi. Determină o deteriorare în activitatea socială şi şcolară, iar principala complicaţie este eşecul şcolar.

• S-a estimat (Barkley, 1991) că 15-50% dintre copiii hiperactivi prezintă cu timpul o scădere a simptomelor sau cel puţin ating un punct în viaţă când simptomele lor încetează a mai fi maladaptative, însă cei mai mulţi indivizi hiperactivi vor continua să prezinte simptomele şi în tinereţe. Literatura de specialitate a consemnat abia cu câţiva ani în urmă faptul că adulţii pot prezenta aceste simptome şi că ele s-au manifestat din copilărie.

Între 35% şi 60% dintre indivizii hiperactivi vor avea probleme cu agresivitatea, conduita şi cu violarea normelor legale şi sociale în timpul adolescenţei, iar aproximativ 25% – tendinţa de a avea comportamente antisociale ca adulţi.

Cea mai comună arie de inadaptare este în activitatea şcolară, unde indivizii hiperactivi au tendinţa să repete clasa, necesită educaţie specială, sunt suspendaţi pentru conduită inadecvată, exmatriculaţi etc. De aceea, indivizii hiperactivi ating cel mai adesea un nivel educaţional inferior persoanelor normale de aceeaşi vârstă şi capacitate intelectuală.

Aproximativ 35% dintre copiii hiperactivi vor prezenta dificultăţi de învăţare (întârzieri pe planul aptitudinilor lexice, grafice şi matematice) în afara simptomelor specifice tulburării.

La majoritatea indivizilor care prezintă simptome asociate hiperactivităţii cu deficit de atenţie (tulburări de conduită şi comportament antisocial) s-a înregistrat în adolescenţă abuz de substanţe toxice, în special tutun şi alcool. La indivizii hiperactivi fără tulburări de conduită această tendinţă se încadrează în limitele populaţiei normale.

Etiologie. Hiperactivitatea cu deficit de atenţie are atât o determinare genetică, cât şi de mediu. Evoluţia tulburării este afectată de relaţiile interpersonale, de evenimentele de viaţă şi de tratament. Tulburarea are o puternică bază neurologică şi este asociată cu complicaţii prenatale sau din timpul naşterii mai mari decât normal, iar în unele cazuri apare ca un rezultat direct al unor boli sau traume la nivelul sistemului nervos central.

Factorii genetici. Studiile de psihopatologie în familiile cu cazuri de hiperactivitate cu deficit de atenţie, studiile de adopţie şi cele pe gemeni sugerează prezenţa unei contribuţii genetice în etiologia acestei tulburări. Evidenţa primară este la taţii copiilor hiperactivi care prezintă o incidenţă crescută de alcoolism, sociopatie, precum şi un istoric al copilăriei încărcat de dificultăţi de învăţare şi de comportament (Cantwell, 1976; Wender, 1981; Satterfield şi colab., 1974). Astfel, într-un studiu realizat în 1971, Mendelson şi colaboratorii săi au constatat că 25% dintre taţii copiilor hiperactivi incluşi în studiu erau alcoolici şi un procent similar au avut o copilărie marcată de dificultăţi de învăţare. Într-un studiu similar realizat în 1980, Stewart şi colaboratorii săi au constatat că din 37 de copii hiperactivi jumătate aveau o rudă de gradul I sau II ce prezenta fie o tulburare psihiatrică serioasă, fie dificultăţi la locul de muncă sau cu impact medico-legal (Kestenbaum şi Williams, 1988).

În 1975, studiind incidenţa factorilor genetici asupra hiperactivităţii cu deficit de atenţie, Cantwell a constatat că 50% dintre părinţii copiilor hiperactivi incluşi în studiu îndeplineau criteriile clinice pentru diagnosticul unei tulburări psihice. Aceste tulburări erau mai ales alcoolism şi sociopatie la taţi şi isterie la ambii părinţi. În plus, 16% dintre taţii copiilor hiperactivi suferiseră şi ei de hiperactivitate cu deficit de atenţie în copilărie. În 1973, Willerman a încercat să demonstreze printr-un studiu pe perechi de gemeni monozigoţi şi dizigoţi că există o componentă genetică importantă care determină nivelurile de activitate (Kestenbaum, Williams, 1988).

Factorii de mediu. Capacitatea de a susţine un nivel eficient de concentrare intelectuală şi afectivă derivă, cel puţin în parte, din abilitatea părinţilor de a întări urmărirea unor scopuri cu sens. S-a constatat că acei copii ce provin din cămine haotice nu reuşesc să-şi dezvolte această capacitate. Atenţia unui copil poate fi fragmentată de un mediu extrem de perturbator sau de anxietate (legată în special de performanţa la sarcinile şcolare dificile). De asemenea, conflictele psihologice interne pot determina orientarea atenţiei spre sine şi deci perturbări ale mecanismelor atenţionale.

Descoperirile recente din domeniul neurochimiei şi psihologiei cognitive încep să clarifice o parte dintre mecanismele ce stau la baza acestei tulburări, mecanisme ce afectează procesarea informaţiei şi modulările afectelor. Este posibil ca aceste metode să determine în viitor definirea unor noi dimensiuni ale diagnosticului acestor tulburări care să permită clinicienilor diferenţierea între posibilele tratamente educaţionale şi medicale.

Chiar dacă această idee nu este astăzi acceptată, cu mai mulţi ani în urmă se considera că există o relaţie între hiperactivitate şi dietă. Această teorie căpătase un grad destul de mare de credibilitate în urma unor relatări ale părinţilor care descriau reacţiile comportamentale ale copiilor hiperactivi la anumite alimente. Cercetarea curentă însă nu a găsit existenţa nici unui suport ştiinţific pentru susţinerea acestei teorii. Este însă important de notat faptul că există subgrupuri de copii hiperactivi care manifestă senzitivitate şi alergii faţă de anumite medicamente (în particular faţă de coloranţii alimentari) care pot creşte simptomele de hiperactivitate, impulsivitate şi menţinere slabă a atenţiei (Parker, 1988). Indivizii epileptici sau cei care trebuie să ia sedative sau medicamente anticonvulsive pot să dezvolte tulburarea ca efect secundar al medicaţiei sau pot exacerba simptomele preexistente.

Baza neurologică (Bender, 1993). Cele mai importante rezultate sunt cele obţinute de cercetările efectuate asupra bazei neurologice a hiperactivităţii cu deficit de atenţie. Contribuţiile recente ale cercetărilor bazate pe disecţii la nivelul creierului (Ellenberg şi Sperry, 1982) şi ale psihologiei cognitive (Posner, 1988; Posner şi colab., 1988) sugerează faptul că atenţia nu este un construct unitar şi că structurile corticale şi subcorticale în conjuncţie cu emisferele cerebrale specifice lucrează la unison pentru a procesa variatele componente ale sistemului atenţional.

Evidenţa localizării lateralizate a funcţiei atenţiei are diferite surse. Heilman şi Van Den Abell (1980) raportează descreşteri în EEG ale ritmului la nivelul emisferei drepte, indicând faptul că emisfera dreaptă este dominantă pentru atenţie. La adulţii cu perturbări ale activităţii emisferei drepte s-au constatat: neglijenţă hemispaţială (Vallar şi Perani, 1986), vigilenţă şi atenţie scăzute (Mesulem, 1981) şi impersistenţă motorie (Kertesz şi colab., 1985). Voeller şi Heilman au obţinut rapoarte similare la copii.

În revista lor despre mecanismele neurologice ale hiperactivităţii cu deficit de atenţie, Zametkin şi Rappaport (1987) arată că datele existente sugerează faptul că în această tulburare sunt implicate regiuni neuroanatomice variate şi mai mulţi neurotransmiţători. Şi mai recent, Hydn, Hern şi colaboratorii lor (1991) au prezentat 18 ipoteze neuroanatomice implicând regiunea septală, sistemul reticulat, lobii frontali şi localizarea hemisferică în hiperactivitatea cu deficit de atenţie. Aceste rezultate disparate arată complexitatea substraturilor neurologice ale tulburării.

În ciuda faptului că studiile neurochimice au identificat numeroase anomalii, nu se cunosc nici neurotransmiţători sau modulatori specifici, nici substraturi neuroanatomice specifice acestei tulburări (Zametkin şi Rappaport, 1990).

Studiile farmacologice continuă să testeze răspunsurile la agenţii dopaminergici şi noradrenergici folosiţi separat sau în combinaţii. Însă cele mai valabile informaţii privind substraturile neuroanatomice ale hiperactivităţii cu deficit de atenţie s-au obţinut prin procedurile avansate ce prezintă imaginile creierului în funcţionare. Aceste proceduri sunt: tomografia computerizată (CT), tomografia computerizată cu emisia unui singur foton (SPECT) şi circulaţia cerebrală regională a sângelui (rCBF).

Studiile iniţiale utilizând CT nu au găsit anormalităţi în această tulburare (Shaywitz şi colab., 1983). Dar aceste rezultate par să se datoreze fie unor probleme metodologice privind selecţia subiecţilor, fie unor probleme de inadecvare tehnică a aparaturii utilizate. Investigaţiile mai recente au furnizat informaţii folositoare.

Lou şi colaboratorii săi (1984) au folosit CT pentru a obţine distribuţia cerebrală a unui element radioactiv. Primul lor studiu a scos în evidenţă, la copiii hiperactivi, metabolismul scăzut în nucleul caudal, o structură subcorticală asociată cu reglarea motorie. Mai mult, activitatea metabolismului creşte o dată cu administrarea de methilphenidate. Într-un studiu ulterior, Lou şi colaboratorii săi (1989) au specificat datele obţinute anterior, arătând că formaţiunea care face legătura dintre proiecţiile subcorticale şi frontale este metabolic deficitară. Autorii au teoretizat că la copiii cu hipometabolism caudat-striat se observă răspunsuri inhibitorii diferite la stimulii din mediu, ducând la eliminarea atenţiei selective.

Aceste rezultate sunt în concordanţă cu cele ale lui Zametkin şi colaboratorii săi (1990) care au utilizat tomografia cu emisie de pozitroni (PET) pentru a studia metabolismul regional cerebral al glucozei într-un grup de adulţi hiperactivi cu deficit de atenţie reziduală. Ei au scos în evidenţă reducerea metabolismului cerebral global şi regional la aceşti pacienţi. În ciuda faptului că 30 din 60 de regiuni cerebrale specifice erau semnificativ diferite, autorii au raportat faptul că cele mai importante zone afectate sunt regiunile premotorie şi prefrontală superioară.

Implicarea lobilor prefrontal şi frontal în atenţie este în concordanţă cu datele cunoscute de peste zece ani. Mattes (1980) afirmă că lobii frontali anterior şi medial până la cortexul motor prefrontal sunt disfuncţionali la copiii hiperactivi. Evidenţe comportamentale în concordanţă cu aceste concluzii au fost aduse de Dykman şi colaboratorii săi (1971) şi de Gaultieri şi Picks (1985). Un alt suport adiţional, deşi limitat, vine din partea cercetărilor lui Chelune şi a asociaţilor săi (1986) care, aplicând Wiscounsin Card Sort Test (WCST) la copii hiperactivi şi la un grup de control, au constatat rezultate slabe la pacienţii hiperactivi. WCST este un test ce măsoară conceptele învăţate şi capacitatea de memorare. Se consideră că acest test reflectă integritatea lobului frontal (Hydn, Hern *et al.*, 1991).

Deşi puţine la număr, studiile utilizând tomografia computerizată şi studiile post-mortem scot în evidenţă diferenţele morfologice la subiecţii hiperactivi. În revista lor de studii neurologice, Hydn, Hern şi colaboratorii lor (1991) concluzionează că deviaţiile în patternul normal al migraţiei neuronale din timpul celei de-a cincea şi a şaptea lună de gestaţie ar putea fi implicate în alterările tipice morfologice raportate la subiecţii hiperactivi (Bender, 1993).

Contextul psihologic este variabil. Mai întâi, instabilitatea poate face parte dintr-o stare reacţională la o situaţie traumatizantă. Cu cât copilul este mai mic, cu atât modul în care el exprimă o dificultate motorie sau o tensiune psihică trece mai uşor prin corp, determinând o tensiune reacţională. Copilul de 2-3 ani şi chiar mai mare prezintă o

instabilitate naturală, obişnuită, manifestată prin atenţie labilă şi motricitate explozivă, legată adesea de multiplicarea experienţelor şi a „descoperirilor". Anturajul însă nu acceptă cu uşurinţă această conduită şi nu o tolerează. În faţa atitudinilor intolerante ale mediului, copilul cu instabilitate motorie îşi poate exacerba simptomele şi manifestările, instalându-se o veritabilă instabilitate reacţională. Aşadar, se pune problema gradului de toleranţă a anturajului, în special familial, faţă de simptomele psihomotorii. Unii copii au însă o instabilitate cu semnificaţie patologică mai netă, prezentând conduite cvasiprovocatoare şi periculoase. Copilul se pune în situaţii primejdioase sau de reprimare, ca şi când ar face-o pentru a fi pedepsit sau pentru a se pedepsi el însuşi.

Alteori, instabilitatea poate fi un răspuns la o angoasă permanentă, în special când predomină mecanismele mintale proiectiv-persecutive. De asemenea, poate fi un echivalent al apărării maniace împotriva angoaselor depresive sau de abandon.

Se înregistrează cazuri când instabilitatea psihomotorie este doar un element al unei organizări prepsihotice sau psihotice.

Criteriile de diagnostic. Conform criteriilor stabilite de American Psychiatric Association în 1987 (*DSM-III-R*), un copil poate fi diagnosticat ca suferind de hiperactivitate cu deficit de atenţie dacă prezintă cel puţin 8 din următoarele simptome înainte de vârsta de 7 ani şi pe o perioadă de cel puţin 6 luni:

1. Adesea dă din mâini sau din picioare ori se foieşte pe scaun (la adolescenţi poate fi limitat la sentimentul subiectiv de neliniştе).
2. Are dificultăţi în a rămâne aşezat atunci când i se cere acest lucru.
3. Este uşor de distras de stimulii externi.
4. Are dificultăţi în a-şi aştepta rândul în jocuri sau în activităţi de grup.
5. Adesea dă răspunsuri rapide la întrebări înainte ca acestea să fie complet formulate.
6. Are dificultăţi în a urma instrucţiunile date de alţii (şi nu din cauza lipsei de înţelegere). De exemplu, eşuează în a termina o activitate de rutină.
7. Are dificultăţi în a-şi menţine atenţia concentrată asupra temelor sau activităţilor ludice.
8. Trece adesea de la o activitate neterminată la alta.
9. Are dificultăţi în a sta liniştit.
10. Adesea vorbeşte excesiv de mult.
11. Adesea întrerupe sau îi deranjează pe ceilalţi. De exemplu, se amestecă în jocurile altor copii.
12. Adesea pare a nu asculta ceea ce i se spune.
13. Pierde frecvent lucrurile necesare pentru teme sau activităţi, acasă sau la şcoală. De exemplu, pierde creioane, cărţi, teme, jucării.
14. Se angajează adesea în activităţi periculoase corporal, fără a lua în considerare consecinţele posibile (nu cu scopul de a da emoţii). De exemplu, aleargă pe stradă fără a fi atent.

Manifestarea hiperactivităţii cu deficit de atenţie. Elementele esenţiale ale acestei tulburări sunt gradele neadecvate din punctul de vedere al dezvoltării, al atenţiei, impulsivităţii şi hiperactivităţii. Subiectul prezintă o tulburare în fiecare dintre aceste arii, dar în grade diferite (*DSM-III-R*).

Tulburarea se manifestă, de regulă, în majoritatea situaţiilor (casă, şcoală, situaţii sociale), în grade diferite. Unii pot prezenta semnele tulburării doar într-un anumit mediu.

Simptomele se înrăutăţesc în situaţiile care necesită o atenţie susţinută (de exemplu, audierea profesorului în clasă, efectuarea temelor etc.). Semnele tulburării pot fi minime sau absente când persoana este stimulată frecvent sau se află sub control strict ori într-un mediu nou sau într-o situaţie de „unu la unu".

În clasă, neatenţia şi impulsivitatea se manifestă prin insuficientă consecvenţă în îndeplinirea sarcinilor şi dificultăţi în organizarea şi efectuarea corectă a activităţii.

Subiectul dă impresia că nu ascultă sau nu aude ceea ce i se spune, iar activitatea sa este dezordonată şi efectuată neglijent şi impulsiv. Impulsivitatea se manifestă prin răspunsuri precipitate la întrebări, înainte ca acestea să fie complet formulate, prin comentarii imprudente. Nu-şi aşteaptă rândul la sarcinile de grup, nu se concentrează înainte de a începe să răspundă la teme, întrerupe profesorul în timpul lecţiei, întrerupe sau vorbeşte cu alţi colegi în timpul perioadelor de activitate în linişte. Hiperactivitatea se manifestă prin dificultăţi în a rămâne aşezat, ridicatul excesiv în picioare, alergatul prin clasă, neastâmpăr, manipularea obiectelor, răsucitul şi mersul în zig-zag.

Acasă, neatenţia se manifestă prin faptul că nu răspunde la solicitări, nu urmează instrucţiunile celorlalţi şi trece frecvent de la o activitate neterminată la alta. Impulsivitatea se manifestă prin întreruperea sau deranjarea celorlalţi membri ai familiei şi printr-un comportament înclinat spre accidente (de exemplu, apucarea unei tigăi încinse de pe plită). Hiperactivitatea se manifestă prin incapacitatea de a rămâne aşezat, când este de aşteptat să facă astfel, şi prin activităţi excesiv de zgomotoase.

Cu egalii neatenţia se manifestă prin incapacitatea de a urma regulile unor jocuri structurate şi incapacitatea de a asculta alţi copii. Impulsivitatea se manifestă prin incapacitatea de a-şi aştepta rândul la jocuri, deranj, apucarea obiectelor (fără intenţii rău-voitoare), angajarea în activităţi periculoase fără a lua în considerare consecinţele posibile. Hiperactivitatea se manifestă prin vorbitul excesiv de mult şi prin incapacitatea de a se juca liniştit şi de a-şi regla activitatea în conformitate cu cerinţele jocului.

Elementele specifice vârstei. Manifestarea clinică a hiperactivităţii cu deficit de atenţie netratată se modifică o dată cu vârsta. De vreme ce dezvoltarea atenţiei este strâns legată de ataşament, există o relaţie strânsă între comportamentul cognitiv timpuriu al copilului şi relaţiile lui interpersonale. Copilul hiperactiv este încă din primele luni de viaţă un copil neobişnuit. El plânge mult, este iritabil şi doarme mai puţin decât majoritatea copiilor. Nu reuşeşte să se joace cu o singură jucărie sau să o exploreze. Distruge sau pierde până şi cea mai plăcută jucărie.

De regulă, la vârsta de 3 ani se observă clar hiperactivitatea, neatenţia şi imposibilitatea de a disciplina un astfel de copil. Tulburarea alterează interacţiunile părinte - copil. De obicei, copilul este mult mai iritabil şi neascultător faţă de mamă şi, prin urmare, mamele acestor copii sunt de regulă mult mai dominatoare şi mai negativiste, existând dificultatea de a interacţiona cu ele. La preşcolari apar semnele hiperactivităţii motorii grosiere (de exemplu, alergatul sau căţăratul excesiv), copilul este în continuă mişcare, iar neatenţia şi impulsivitatea se manifestă mai frecvent prin trecerea de la o activitate la alta.

La şcolarul mic, elementele predominante sunt neastâmpărul şi neliniştea excesivă. Neatenţia şi impulsivitatea pot contribui la eşec în îndeplinirea sarcinilor şi a instrucţiunilor trasate sau la efectuarea neglijentă a activităţii repartizate. Copilul manifestă frecvent dificultăţi de învăţare. Unii par a avea probleme perceptive primare (cum ar fi tendinţa de a inversa literele sau numerele), alţii au dificultăţi în învăţarea cititului (dislexie) care,

de regulă, sunt secundare impulsivităţii cu care ei realizează scanarea vizuală. Dificultăţile de învăţare pot deriva însă şi din slăbirea altor aspecte cognitive. Perturbările atenţiei pot slăbi discriminarea dintre stimulii relevanţi şi cei irelevanţi şi pot tulbura procesele de vigilenţă susţinută sau de reflecţie. Spre exemplu, secvenţionarea corectă a informaţiei sau discriminarea unui pattern sau concept relevant necesită adesea concentrarea susţinută a atenţiei pe aspectele subtile ale unui stimul, obiect sau idee. Din cauza faptului că este distrat, copilul impulsiv poate pierde secvenţe sau patternuri. În mod similar, înţelesul abstract sau frazeologic al unui cuvânt, care este parţial definit de contextul în care apare, poate fi pierdut de copilul care procesează informaţia într-o manieră fragmentară (mai exact, el procesează fragmente de informaţie ce se succedă rapid).

În clasă, comportamentul copilului hiperactiv se caracterizează prin neastâmpăr, eşec în terminarea proiectelor, impulsivitate, slabă concentrare a atenţiei, subminare a autorităţii şi distractilitate. Caietele lui sunt murdare şi dezorganizate. Adesea îşi uită responsabilităţile, pierde caietele de teme şi îşi neglijează sarcinile şcolare.

În perioada gimnaziului, copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenţie sunt de regulă adânciţi în conflict. Părinţii sunt incapabili să-i mai stăpânească, profesorii nu reuşesc să-i ajute să se adapteze la regulile clasei, colegii sunt deja plictisiţi de comportamentul lor imatur şi provocativ într-o permanentă cerere de atenţie. Vecinii se plâng în permanenţă că le distrug proprietatea şi că le influenţează negativ copiii. Până acum, unii au fost deja greşit diagnosticaţi ca prezentând tulburări de conduită sau dificultăţi de învăţare.

Pe măsură ce copilul devine conştient de dificultăţile lui de învăţare, de izolarea socială în care se adânceşte, stima de sine scade, devenind tot mai pronunţate laturile depresivă şi sociopatică ale personalităţii. Stima de sine scăzută este în parte reactivă, fiind reflectarea nereuşitei în îndeplinirea sarcinilor, a rejecţiei sociale, a sentimentelor de izolare şi a incapacităţii de a susţine relaţiile de ataşament. Incapacitatea lor de a-şi susţine atenţia sau de a menţine un interes prelungit pentru o activitate determină sentimente de plictiseală şi difuzia identităţii. Dezorganizarea internă evoluează în paralel cu comportamentele simptomatice haotice. Acestor copii le lipsesc angajamentul şi direcţia, ei neizbutind să-şi direcţioneze eforturile în secvenţe de reuşită cu sens. Dezvoltarea continuităţii emoţionale (realizarea legăturii interne dintre percepţii şi înţelegere, pe de o parte, şi sentimente, pe de altă parte) poate fi, de asemenea, dificilă în cazul acestor copii (Gardner, 1979).

Pentru mulţi copii hiperactivi, pubertatea se constituie într-un punct crucial de tranziţie în manifestarea tulburării. Schimbările hormonale par să mărească controlul cortical şi să diminueze hiperactivitatea. Cazurile care nu înregistrează această diminuare în simptomatologie se manifestă în adolescenţă prin creşterea agresivităţii, dificultăţi de învăţare şi un neastâmpăr emoţional şi comportamental. Adolescenţii care urmează tratament psihoterapeutic îşi pot dezvolta mecanisme compensatorii care le permit să-şi controleze comportamentul. Ceilalţi persistă într-un comportament de continuă căutare de stimuli şi de asumare a riscului. Studiile au arătat o incidenţă mai mare a abuzului de substanţe la adolescenţii hiperactivi cu deficit de atenţie reziduală, posibil ca o metodă de a diminua neastâmpărul motor şi anxietatea subiectivă. Adolescenţii care au suferit în copilărie de hiperactivitate cu deficit de atenţie asociată cu o tulburare de conduită au tendinţa de a adopta acum un comportament antisocial şi criminal.

Pe parcursul dezvoltării, hiperactivitatea motorie se diminuează, atingând niveluri de agitaţie controlabile, însă deficitul de atenţie şi impulsivitatea pot persista până la vârsta

adultă. Aceste caracteristici pot lua forma abuzului de droguri sau alcool, a asumării riscului, a activităţilor explozive şi antisociale. Atenţia fragmentară poate duce la o judecată slabă, la obiective neatinse. Căsătoriile pot fi dezbinate, prieteniile pierdute, munca neproductivă. De regulă, aceşti adulţi sunt părinţi inconsecvenţi. Ei pot dezvolta tulburări de personalitate. Astfel, într-un studiu realizat în 1981, R.L. Gomez a constatat că există o incidenţă crescută a hiperactivităţii cu deficit de atenţie în copilărie la pacienţii internaţi cu psihoze sau tulburări caracteriale. În studii similare, alţi cercetători au demonstrat că un număr substanţial de pacienţi diagnosticaţi cu personalitate de tip *borderline* (Andrulonis, 1982) şi care prezentau atacuri de furie necontrolată (Elliott, 1982) au suferit în copilărie de hiperactivitate cu deficit de atenţie. De asemenea, o treime dintre bărbaţii adulţi alcoolici suferă de sindromul hiperkinetic rezidual (Wood, 1983).

Elementele asociate variază în funcţie de vârstă, stimă de sine scăzută, labilitate afectivă, toleranţă redusă la frustrare, accese de mânie, insucces şcolar, simptome ale opoziţionismului provocator, tulburări de conduită, tulburări specifice de dezvoltare, encomprezis funcţional, semne neurologice minore, nelocalizate, disfuncţii perceptiv-motorii. Mulţi copii cu tulburare Tourette prezintă şi hiperactivitate cu deficit de atenţie.

Subtipurile clinice ale hiperactivităţii cu deficit de atenţie. Studiile clinice disting mai multe subcategorii de copii hiperactivi cu deficit de atenţie (Hunt, 1988). Potenţialele subtipuri clinice au fost identificate pe baza următoarelor criterii:

- istoric familial ce cuprinde tulburări atenţionale, tulburări comportamentale, alcoolism sau tulburări afective (Cantwell, 1976);
- istoric medical ce cuprinde traume prenatale, perinatale sau boli (Gillberg şi Rasmussen, 1982);
- simptome fizice şi neurologice ce cuprind anomalii fizice minore (Rappaport, 1974) sau simptome neurologice, cum ar fi o întârziere a coordonării motorii fine (Schaefer, 1978);
- vârsta de debut;
- prezenţa simptomelor comportamentale, cum ar fi agresivitatea, tulburările de conduită (Satterfield, 1981) şi discontrolul exploziv (Elliott, 1982);
- dificultăţi cognitive, cum ar fi tulburările specifice de învăţare (O'Brien, 1982);
- simptome afective, inclusiv depresia şi anxietatea de separaţie (Gordon şi Oshman, 1981).

Alţi factori care pot afecta abordarea clinică a copiilor cu sindrom hiperkinetic şi răspunsul lor la medicamente sunt (Hunt, 1988):

- mediul familial şi cultural (Idol-Maestas, 1981);
- variabilele psihofiziologice, cum sunt anomaliile în EEG (Satterfield, 1973) sau frecvenţa răspunsului electrocortical (Dykman, 1982).

Diagnosticul diferenţial. Conform *DSM-III-R*, diagnosticul diferenţial se face ţinând cont de următoarele:

a) În mediile inadecvate, dezorganizate sau haotice, copiii pot avea dificultăţi în menţinerea atenţiei şi în comportamentul orientat spre scop. În acest caz, este necesar să se determine dacă comportamentul dezorganizat este în primul rând un rezultat al ambiţiei haotice sau dacă se datorează hiperactivităţii cu deficit de atenţie.

b) În caz de retardare mintală, în care pot apărea elemente ale hiperactivității cu deficit de atenție, se pune diagnosticul adițional de hiperactivitate cu deficit de atenție doar dacă simptomele sunt excesive pentru vârsta mintală a copilului.
c) În cazul tulburărilor de dezvoltare de tip pervaziv, diagnosticul de hiperactivitate cu deficit de atenție este exclus.
d) La manifestarea tulburărilor afective, unde apare agitația psihomotorie și dificultatea de concentrare, se ia în considerare diagnosticul de tulburare afectivă înainte de a pune diagnosticul de hiperactivitate cu deficit de atenție.
e) La tulburarea cu deficit de atenție nediferențiat, nu apar impulsivitatea și hiperactivitatea.

Robert Hunt (1988) consideră că diagnosticele posibile adiționale ce trebuie luate în considerare atunci când se pune diagnosticul de hiperactivitate cu deficit de atenție sunt: tulburările de învățare, tulburările afective, tulburările anxioase, tulburarea de personalitate antisocială, tulburările de conduită și opoziționismul provocator.

Tulburările de învățare. O tulburare specifică de învățare apare atunci când funcționarea cognitivă este slăbită comparativ cu alte aptitudini intelectuale mai generale. Mulți copii hiperactivi cu deficit de atenție pot avea tulburări lexice sau aritmetice specifice. Tulburările de învățare pot reflecta slăbiri ale percepției, ale recunoașterii corticale, ale integrării, secvențierii, abstractizării și memoriei (fixare și recunoaștere). Toate aceste funcții sunt legate de procesele atenționale, dar nu se limitează la acestea. În unele cazuri, deficitul atențional poate reflecta o perturbare în procesul de atribuire a înțelesului la stimuli. Poate fi vorba despre o perturbare a mecanismelor fiziologice care modulează excitarea și aportul de stimuli externi.

Se poate face o importantă distincție diagnostică și terapeutică între copiii cu tulburări de învățare sau perceptuale fără hiperactivitate și cei cu hiperactivitate cu deficit de atenție. Copiii cu tulburări de învățare primare au mai multe dificultăți în procesarea informației (percepție, orientare secvențială, abstractizare, stocare în memorie sau reproducere), în integrarea motrică și în producerea mișcărilor, dar sunt mai puțin impulsivi și distrați decât cei hiperactivi. Acești copii, de regulă, nu pot beneficia de pe urma medicației și au nevoie de educație specială.

Tulburarea de conduită. Copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenție prezintă un risc crescut pentru dezvoltarea unei tulburări de conduită. Impulsivitatea și tendința lor spre acțiune împiedică adesea o bună judecată. Aptitudinile lor sociale slabe determină utilizarea lor pe post de „țap ispășitor" de către alți copii care se comportă deviant. Însă variabilele familiale și sociale influențează puternic probabilitatea ca acei copiii hiperactivi să dezvolte o tulburare de conduită. Tulburarea de conduită poate fi ușor diferențiată de hiperactivitatea cu deficit de atenție pură și este predictivă pentru comportamentul antisocial. Mulți copii hiperactivi respectă drepturile și proprietatea altora, sunt loiali în relațiile interpersonale, își mențin prieteniile și aderă la un sistem organizat de valori.

Tulburarea afectiv-depresivă, maniaco-depresivă. Depresia poate surveni ca un răspuns subiectiv la evenimente de viață stresante. Incidența depresiei la copiii ce suferă de hiperactivitate cu deficit de atenție este între 30% și 50%.

În adolescența timpurie, mulți copii cu dificultăți de învățare și comportamentale au o stimă de sine scăzută și dezvoltă simptome de depresie. De regulă, la această vârstă, părinții,

profesorii şi mai ales colegii sunt mai puţin toleranţi faţă de dificultăţile persistente ale unui copil mai mare. Adolescentul însuşi trăieşte dorinţe potrivite cu vârsta lui – de a se integra în colectiv şi de a fi un adolescent normal – şi este posibil să se simtă profund descurajat de el însuşi. Incapacitatea lui de a-şi canaliza eforturile în secvenţe cu scop îi zădărniceşte adesea învăţarea şi satisfacţia, în ciuda aptitudinilor aparente şi a expectaţiilor înalte.

Este dificil de ştiut dacă depresia unui adolescent cu simptome persistente de hiperactivitate cu deficit de atenţie este o consecinţă a tulburării sau aceasta este un precursor fenotipic al depresiei la mulţi copii ce prezintă această predispoziţie genetică. Într-un studiu realizat în 1984, Weissman a arătat că un procentaj ridicat de copii de vârstă prepuberală ai pacienţilor adulţi cu tulburări afective sunt hiperactivi, dar nu au simptome de depresie manifestă. Cercetările medicale susţin această idee, deoarece s-a constatat că pacienţii hiperactivi răspund foarte bine la medicaţia antidepresivă şi psihostimulantă. De aceea, sarcina clinicianului este de a evalua cu atenţie dispoziţia copiilor cu probleme comportamentale, cunoscut fiind faptul că tulburarea de conduită şi hiperactivitatea pot fi fazele iniţiale ale dezvoltării unei tulburări afective (Puig-Antich, 1982). În sprijinul acestei diferenţieri poate veni o anamneză atentă a istoricului familial, cu referiri la simptomele de hiperactivitate, dificultăţi de învăţare şi perturbare afectivă.

Relaţia între dispoziţie şi comportament a fost examinată (Madison, 1984) în trei grupuri diagnostice de copii (cu depresie, tulburare de conduită şi hiperactivitate cu deficit de atenţie), prin administrarea unui interviu psihiatric standardizat şi cerându-se părinţilor, profesorilor şi clinicienilor să aprecieze pe scări gradate dispoziţia şi comportamentul copiilor. S-a constatat că aproximativ 40% dintre copiii suferinzi de hiperactivitate cu deficit de atenţie prezentau simptome semnificative de depresie, iar 50% dintre ei, simptome de tulburare de conduită. O treime dintre copiii depresivi sufereau de hiperactivitate motorie. În alt studiu realizat în 1981 de Staton şi Brumback s-a constatat că din 178 de copii evaluaţi psihiatric pentru probleme şcolare, 44% prezentau hiperactivitate motrică, iar dintre aceştia, 75% sufereau de depresie coexistentă (evidenţiată prin tulburări ale somnului, acuze somatice, interes social şi academic diminuat şi autodepreciere).

Într-un studiu realizat pe 100 de copii cu tulburare de conduită, dintre care un număr important îndeplineau criteriile hiperactivităţii cu deficit de atenţie, Puig-Antich (1982) a identificat prezenţa depresiei semnificative la o treime dintre aceştia. Când acest subgrup a fost tratat cu antidepresive, comportamentul lor antisocial s-a diminuat.

Pe plan clinic, depresia primară se caracterizează prin diminuarea intensităţii proceselor afective, inclusiv stimă de sine scăzută, scăderea interesului şi implicării în activitate sau în evenimentele sociale, lipsa de speranţă în legătură cu viitorul, alterarea episodică a energiei, a nivelului de activitate, a dispoziţiei, a somnului şi apetitului. Expresia facială nefericită a copilului sau dispoziţia iritabilă pot fi evidente la interviul clinic. Este posibil ca neatenţia să se manifeste mai mult prin îngrijorare şi preocupare de sine decât prin distragerea atenţiei. Când depresia apare timpuriu este mai puţin probabil să se caracterizeze prin hiperactivitate şi neatenţie severă.

Dezvoltarea de personalitate atipică a copilăriei. Aceşti copii sunt dificil de caracterizat având în vedere simptomele acestora, care se situează între hiperactivitatea cu deficit de atenţie, schizofrenie şi autism (McManus, 1984). Ei îndeplinesc criteriile hiperactivităţii cu deficit de atenţie, dar la acestea se adaugă personalitatea schizoidă, afectele slabe sau nepotrivite, dificultatea discursului şi a inflexiunilor, legăturile sociale slabe, impredictibilitatea comportamentului, preocuparea pentru detalii şi rigiditatea personalităţii. Aceşti

copii dezvoltă comportamente stereotipe sau devin mai dezorganizaţi la tratamentul cu medicaţie psihostimulantă.

Particularităţile şcolare ale copiilor suferinzi de hiperactivitate cu deficit de atenţie. În prezent, relaţia exactă între dificultăţile de învăţare şi hiperactivitatea cu deficit de atenţie este neclară (Silver, 1990, *apud* Bender şi William, 1993). Problema majoră ce intervine în definirea relaţiei dintre dificultăţile de învăţare şi hiperactivitatea cu deficit de atenţie o reprezintă criteriile inconsistente utilizate pentru diagnosticarea celor două tipuri de tulburări. Fiecare se presupune că rezultă dintr-o tulburare neurologică. În dificultatea de învăţare sunt afectate principalele procese psihologice implicate în învăţare. În hiperactivitatea cu deficit de atenţie trebuie să se manifeste cel puţin trei caracteristici: hiperactivitatea (deficite în controlul nivelului activităţii motorii), neatenţia (deficite în concentrarea şi susţinerea atenţiei) şi impulsivitatea (lipsa reflectării înainte de a acţiona) (Shaywitz şi Shaywitz, 1988; Silver, 1990, *apud* Bender şi William, 1993).

The Interagency Committee on Learning Disabilities (Shaywitz, 1987) afirmă faptul că numărul elevilor americani ale căror dificultăţi de învăţare sunt însoţite de hiperactivitate variază între 5% şi 25%. În 1990, Silver estimează aceste procente ca fiind între 15% şi 20%. De asemenea, un procentaj mare de copii hiperactivi sunt diagnosticaţi ca având şi dificultăţi de învăţare. Dintre elevii diagnosticaţi ca hiperactivi, între 30% şi 40% au nevoie de educaţie specială (Bender şi William, 1993).

Un procent notabil de copii hiperactivi cu deficit de atenţie (23-30%) nu au performanţe şcolare la nivelul vârstei şi capacităţii lor intelectuale (Epstein, 1991; Frocl şi Lahey, 1991; Shaywitz şi Shaywitz, 1991). Se speculează că problemele legate de hiperactivitate, impulsivitate şi atenţie interacţionează, dând naştere dificultăţilor şcolare (Weiss şi Hechman, 1986). Aceste dificultăţi şcolare ale copiilor hiperactivi cu deficit de atenţie includ repetarea clasei (Barkley, 1988) şi achiziţionarea unui număr mult mai mic de cunoştinţe, în ciuda potenţialului intelectual (Coleman, 1992; Bender şi William, 1993).

Educarea unui copil cu deficit de atenţie (cu sau fără hiperactivitate) este o adevărată piatră de încercare pentru învăţător (Parker, 1988). Copiii cu deficit de atenţie fără hiperactivitate sunt incapabili să-şi menţină atenţia la sarcină, sunt dezorientaţi şi adesea uită sarcinile şi rutina clasei. Aceşti copii dau impresia că trăiesc în altă lume şi pot să arate o atitudine pasivă în clasă.

Copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenţie au de asemenea dificultăţi de organizare, menţinere a atenţiei şi uitare a procedurilor şcolare, însă prin comportamentul lor impulsiv şi hiperactiv tulbură activitatea normală a întregii clase. Au tendinţa de a manifesta o „neatenţie activă", determinând astfel întreruperea din activitate şi a altor copii din jurul lor. Ei devin o figură proeminentă în clasă, însă în sens negativ. Au tendinţa de a vorbi excesiv, de a nu se adapta, de a nu asculta, de a reacţiona excesiv la evenimentele clasei, sunt imaturi, nepregătiţi, neatenţi şi, în cazurile cele mai serioase, pot fi descrişi ca sălbatici, agresivi şi cu tendinţa de a discredita autoritatea învăţătorului (este posibil ca în aceste cazuri extreme copiii să fie diagnosticaţi adiţional şi cu tulburare de conduită). Aceşti copii prezintă un pattern al acestui comportament încă din grădiniţă, în lipsa tratamentului comportamentul păstrându-se şi la şcoală.

Într-un studiu longitudinal realizat în 1988, Bodreault şi colaboratorii săi au demonstrat faptul că subiecţii hiperactivi pervazivi, care se manifestă atât la şcoală, cât şi acasă, prezintă semnificativ mai multe dificultăţi în învăţarea citirii decât copiii normali. De asemenea, alte studii (Parker, 1988) au demonstrat prezenţa unor întârzieri în deprinderea scrierii la copiii hiperactivi.

III.2. Tulburările psihogene la copil

Clasificarea psihogeniilor la copil

Psihogeniile la vârsta copilăriei se împart în trei categorii:

A. *Reacţiile psihogene*:

1. Reacţii acute:
   - De şoc;
   - De subşoc.
2. Reacţii subacute:
   - Reacţia depresivă;
   - Reacţia paranoidă;
   - Reacţia pseudocatatonică;
   - Forma de protest.

B. *Nevrozele*:

1. Dereglările regimului zilnic de viaţă:
   a. Anorexie (simplă sau mintală);
   b. Bulimie;
   c. Constipaţie;
   d. Diaree;
   e. Vărsături.
2. Deprinderile nevrotice:
   a. Dureroase;
   b. De plăcere.
3. Nevrozele propriu-zise:

   La preşcolar – stări prenevrotice:
   - Spasmul hohotului de plâns;
   - Crize de furie;
   - Manifestări anxioase;
   - Manifestări funcţional-isterice.

   La şcolarul mic:
   - Ticurile: – simple (de scurtă durată şi cronice);
     – complexe (de scurtă durată şi cronice);
   - Boala lui Gilles de la Tourette;
   - Enurezisul;
   - Encomprezisul;
   - Balbismul;
   - Tulburările cardiace, respiratorii şi digestive;
   - Cefaleea.
4. Tulburările anxioase ale copilăriei:
   - Anxietatea de separaţie;
   - Tulburarea evitantă a copilăriei;

- Anxietatea excesivă;
- Fobiile;
- Panica;
- Tulburarea obsesiv-compulsivă;
- Stresul post-traumatic.

C. *Dezvoltările prevalente de personalitate la copil.*

Reacţiile psihogene la copil

Aceste tulburări psihice se apropie foarte mult de nevrozele de la vârsta copilăriei şi adesea se confundă cu ele prin faptul că ambele categorii sunt în ultimă instanţă tot reacţii patologice declanşate psihogen. Stările reactive sunt acele tablouri de suferinţă psihică care urmează imediat unei traume psihice de intensitate mare şi de durată scurtă. Prin traumă psihică înţelegem orice situaţie şocantă şi cu adânci rezonanţe negative pe plan afectiv pe care copilul o trăieşte acasă, la şcoală sau în grupul de prieteni.

Caracteristicile principale ale reacţiilor psihogene sunt: durată scurtă, prognostic mai bun decât în cazul nevrozelor, adică şanse mari de recuperare completă şi fără urmări în activitatea viitoare a copilului, nu presupun neapărat existenţa unor factori favorizanţi, fiind suficientă doar situaţia traumatizantă în sine pentru a declanşa reacţia; de obicei, trauma psihică este atât de mare încât obligă copilul să treacă la un stereotip nou de viaţă, legătura dintre traumă şi reacţie (cauză - efect) este imediată, cu alte cuvinte, copilul reacţionează patologic la foarte scurt timp după producerea evenimentului traumatizant.

Reacţia este un răspuns patologic al copilului ale cărui capacităţi de adaptare sunt depăşite de viteza, intensitatea şi caracterul neaşteptat al traumei. Este un răspuns paradoxal, disproporţionat, din cauza perturbării bruşte a dinamicii activităţii nervoase superioare. Reacţiile sunt cu atât mai frecvente, cu cât vârsta copilului este mai mică, din cauza structurilor insuficient dezvoltate. Cu cât copilul este mai mic, cu atât rezistenţa lui la traume este mai scăzută, capacitatea de generalizare este mai mare, iar reacţia va avea un caracter mai primitiv. Trauma care declanşează astfel de reacţii este de obicei de intensitate foarte mare, producând modificări de conştiinţă, motorii şi vegetative. Mecanismul patogenetic prin care se produc aceste reacţii este unul de scurtcircuitare, răspunsul fiind paradoxal sau ultraparadoxal la starea de conflictualitate.

Reacţiile psihogene se împart în două categorii (Ghiran, 1991) după tabloul lor clinic: reacţii acute şi reacţii subacute.

Reacţiile acute

Sunt mai frecvente la copiii mici, preşcolari, din cauza imaturităţii funcţiilor corticale. Ele pot apărea însă şi la copii de vârstă şcolară mică, mai frecvent la oligofreni, deoarece aceştia au o capacitate de deliberare slabă şi tendinţe marcate spre reacţii primitive. La baza prezenţei reacţiilor acute la copiii mici şi la oligofrenii de vârstă şcolară stă incapacitatea lor de a delibera, de a aprecia valoric semnificaţia traumei. Intensitatea acestei reacţii este foarte mare, fie lăsând impresia unei „morţi aparente" în formele inhibitorii, fie manifestându-se cu agitaţie psihomotorie mare în formele de excitaţie.

În funcţie de gravitate avem reacţii acute de şoc şi de subşoc. Acestea se deosebesc doar prin vitezele de instalare şi prin intensitatea simptomelor. În ambele cazuri, apar o dereglare cortico-viscerală gravă şi o perturbare a mecanismelor centrale de reglare.

Ambele forme pot evolua în două moduri: cu proeminenţa proceselor de excitaţie, manifestându-se cu agitaţie psihomotorie şi având aspect de panică, sau cu proeminenţa proceselor de inhibiţie, în acest caz lăsând impresia de moarte aparentă.

Durata unei reacţii acute psihogene este de câteva zile.

În evoluţia reacţiilor acute psihogene se pot descrie trei faze.

Faza I are o durată de la câteva ore la câteva zile. În această fază se produce o dereglare profundă a activităţii psihice. Apare disoluţia conştiinţei care poate merge până la obnubilare, chiar pierderea sa completă. Din cauza suprasolicitării emoţionale la care a fost supus copilul, se dezvoltă o stare de anxietate, de teamă fără obiect, pe fondul căreia apar accesele de panică. Copilul prezintă tulburări de somn profunde. Apar iluzii, halucinaţii şi idei delirante instabile. Acest tablou psihic este însoţit de tulburări motorii: fie excitaţie la copiii mari, fie inhibiţie la copiii mici. Alterarea stării psihice este însoţită şi de o serie de tulburări psihosomatice: tulburări senzoriale (văz, auz), tulburări de reglare viscero-vegetative (tahicardie pronunţată, tensiune arterială crescută, transpiraţii, diureză, vărsături, febră) şi tulburări de vorbire (care împreună cu cele de conştiinţă fac imposibil contactul cu copilul).

Faza a II-a începe atunci când organismul şi-a recăpătat în mare echilibrul viscero-vegetativ, tulburarea de conduită a trecut şi starea generală s-a îmbunătăţit. Copilul este acum într-o permanentă stare de tristeţe, este astenic şi acuză dureri de cap (cefalee) şi nelinişte interioară. Îi scad foarte mult randamentul intelectual, capacitatea de memorare şi capacitatea de concentrare a atenţiei. Are idei cu caracter depresiv, adesea de suicid. La unii copii, pe fondul acestei stări depresive apar tulburări de comportament: grosolănii, impulsivitate, iritabilitate, tendinţe de vagabondaj. Acestea însă au un caracter trecător şi nu au semnificaţia alterării personalităţii copilului. Durata acestei faze este mai mare decât cea a primei faze. Copiii devin receptivi (reactivi) la propria lor suferinţă. Ei pot trece într-o stare de conflict care să stea la baza organizării unui tablou nevrotic ulterior.

Faza a III-a este faza de convalescenţă. Acum are loc un proces de vindecare progresiv. Copilul continuă să fie astenic, însă fără elemente depresive. Este încă labil pe plan emoţional şi foarte iritabil. Caracteristică acestei faze este apariţia unor semne cu caracter nevrotic: pavor nocturn, ticuri, enureză şi balbism. Abia acum personalitatea copilului începe să participe activ la situaţie, să o trăiască conştient. Din această cauză este posibil ca unii copii să rămână cu anumite „sechele" în organizarea ulterioară a personalităţii.

Reacţiile subacute

Sunt caracteristice copiilor mai mari şi cu o organizare psihică mai bună. Traumele care provoacă acest tip de reacţii sunt de intensitate şi viteză mai reduse. O altă caracteristică importantă este aceea că nu se alterează starea de conştiinţă a copilului. Se cunosc patru forme ale reacţiilor nevrotice subacute ce se pot manifesta între 6 şi 10 ani.

Reacţia depresivă seamănă cu cea din cazul nevrozei depresive, dar intensitatea simptomelor este mai mare şi pericolul suicidului este mai ridicat. Se manifestă prin tulburări de afectivitate (tristeţe de mare intensitate, pregnant exprimată prin expresia feţei şi activitatea generală a copilului: mimica redusă, faţa palidă, ochii umezi gata permanent de plâns, glasul stins, mişcări încetinite), copilul adoptă o atitudine de izolare, devine necomunicativ, are idei delirante cu caracter depresiv (fie de devalorizare a propriei persoane, fie de suicid), are tulburări de somn şi vise cu caracter terifiant, chiar refuză să mănânce (anorexie), fapt ce duce la alterarea stării generale şi la scăderea randamentului intelectual, acuză dureri de cap (cefalee) şi constipaţie. Uneori,

intensitatea trăirii dureroase şi a anxietăţii este atât de mare, încât poate apărea un comportament de demisie (nu mai vrea să trăiască).

Reacţia paranoidă. Pentru apariţia acestui tip de reacţie este necesară, pe lângă trauma psihică, şi prezenţa unor particularităţi constituţionale de tip paranoid care permit trecerea mai uşoară la înţelegerea greşită a realităţii. Personalitatea paranoidă se caracterizează prin sensibilitate exagerată, suspiciune şi neîncredere, fapt ce îl determină pe copil să presupună că adevărul se ascunde dincolo de vorbele interlocutorului, dincolo de faptele care i se înfăţişează; aspectele aparent întâmplătoare sunt corelate într-un sistem şi sunt argumentate adeseori într-o manieră plauzibilă (*Dicţionar Enciclopedic de Psihologie*, 1997).

În ceea ce priveşte mecanismul prin care se formează acest caracter interpretativ, părerile sunt împărţite. Astfel, unii autori consideră că el se poate forma în timp sub acţiunea unor situaţii stresante de durată care generează o permanentă stare de teamă. Aceste situaţii stresante pun copilul într-o permanentă stare de aşteptare anxioasă. În antecedentele acestor copii, de cele mai multe ori se remarcă prezenţa unor acţiuni nedrepte în ce-i priveşte. Aceşti copii au în general o sugestibilitate crescută.

Alţi autori susţin că insomnia de durată poate fi o cauză a formării unei personalităţi premorbide de tip paranoic. Astfel, insomnia duce la epuizarea sistemului nervos central şi implicit la amplificarea anxietăţii. Drept urmare, are loc o scădere a capacităţii de integrare şi corecţie şi apare prelucrarea paranoidă a realităţii.

Reacţia de tip paranoid are următoarea evoluţie: începe cu o alterare acută a stării generale, însoţită de elemente confuzive, se modifică comportamentul faţă de şcoală şi familie, copilul se retrage din viaţa obişnuită, îi scade randamentul şcolar, apare o inversare afectivă faţă de părinţi şi prieteni, devine bănuitor şi interpretativ (ideile de acest tip fiind întărite de tulburările de percepţie iluzorii), nu vede în jurul său decât duşmani care coalizează împotriva lui. Tulburarea apare la copiii mai mari, iar durata este mai mare decât la forma depresivă.

Reacţia pseudocatatonică este o formă mai rară şi apare în special la copiii mai mari şi la oligofreni. Tulburarea se instalează lent, dar în câteva zile ajunge la intensitatea unui tablou catatonic (se instalează greu faţă de alte tulburări catatonice de origine toxi-infecţioasă sau schizofrenică). Apar puseuri de hipertimie şi elemente delirante care duc la alterarea stării generale, copilul manifestând o anxietate constituţională. De obicei, el a avut o reacţie anxioasă în trecut. Durata reacţiei este mai mare decât cea a formelor anterioare, şi copilul necesită asistenţă medicală intensă.

Reacţia de protest se manifestă printr-o alterare comportamentală bruscă ce îmbracă caracterul unui protest faţă de o situaţie, copilul având atitudini deliberate de opoziţie. Tulburarea se manifestă ca reacţie la o situaţie traumatizantă, înaintea acesteia copilul neprezentând tulburări de comportament. Protestul ia forma unor crize de furie cu tendinţe agresive, abandonării obligaţiilor şcolare şi chiar vagabondajului, furtului, consumului de alcool etc.

Nevrozele copilăriei

Persoana care suferă de nevroză manifestă lipsă de energie şi elan, trăieşte o permanentă stare de nelinişte interioară, nesiguranţă a memoriei, incapacitate de concentrare a atenţiei, insomnie şi un disconfort general pe plan biologic. Nevroza este o reacţie psihogenă la o stare de conflictualitate psihică, în care conflictul este de intensitate mică

sau medie şi de durată lungă. Acest conflict perturbă echilibrul cortico-diencefalic şi, ca expresie a acestei perturbări, apar tulburările neuro-vegetative (trăite ca boli organice) şi scăderea randamentului şi a posibilităţilor generale.

Principalele particularităţi ale nevrozei sunt: boala cu intensitatea cea mai mică, fără perturbarea calitativă a conştiinţei şi personalităţii, fără leziuni biologice (pur psihogenă şi cu reversibilitate absolută), în timpul manifestării ei nu apar tulburări de reflectivitate (halucinaţii, delir etc.). Individul are aparenţa de normalitate, dar, cum se angajează într-o conversaţie, se plânge de suferinţa lui, mai exact se plânge de tulburările vegetative ce sunt numai expresia dereglării vieţii psihice, şi nu tulburări organice propriu-zise. Bolnavul îşi amplifică suferinţa, dar are conştiinţa bolii.

Această stare de conflictualitate presupune o suferinţă psihică de lungă durată. Sursa suferinţei la copil este atitudinea persoanelor semnificative faţă de el. Gama posibilităţilor lui de a se organiza clinic este mai mare (Ghiran, 1991). Modul de manifestare a nevrozei, semnele ei sunt dependente de faza de dezvoltare în care se găseşte copilul. Este greu de stabilit momentul de debut al nevrozei, deoarece unele simptome pe care le considerăm în timp drept expresia unei nevroze monosimptomatice în anumite perioade au caracter fiziologic (de exemplu, enurezisul, balbismul etc.).

Este necesar să ţinem cont de faptul că dezvoltarea personalităţii copilului nu este finalizată. Deoarece nu ştim cum se va dezvolta în viitor, nu putem stabili nici perspectiva nevrozei decât cu mică probabilitate, prin raportare la mediu. Nu o putem considera caracteristică pentru o anumită simptomatologie nevrotică.

La copil, spre deosebire de adult, tulburarea nevrotică nu constituie izvorul primar al suferinţei. Apare rar sentimentul de invaliditate pe care îl trăiesc adulţii în raporturile lor sociale, determinat mai ales de scăderea randamentului. Simptomele nevrotice la copil sunt mai puţin închegate într-o structură unitară complexă ca la adult. La copil nevrozele evoluează mai sărac, adesea monosimptomatic.

Cauzele nevrozelor la copil. Există trei categorii de cauze (Ghiran, 1991):

a) declanşante – conflictul;
b) favorizate – ţin de condiţiile de mediu în care trăieşte copilul. Aceste condiţii, prin insuficienţa lor, cauzează o anumită epuizare a sistemului nervos central, creând condiţiile decompensării nevrotice a copilului;
c) predispozante – ţin de constituţie (sensibilitate exagerată, tip slab de sistem nervos, copii timizi care sunt uşor de rănit sufleteşte sau copii cu leziuni encefalopatice etc.).

Noţiunea de conflict cuprinde toate situaţiile care presupun o tensiune psihică negativă, determinată de concomitenţa a cel puţin două motive de mare semnificaţie subiectivă pentru individ care depăşesc capacitatea de adaptare a copilului şi îl pun în imposibilitatea de a se elibera de această tensiune. Conflictul (Tensiunea) durează o perioadă scurtă şi este de intensitate mică sau medie.

Vârsta determină semnificaţia mai mare a unora sau altora dintre conflicte pentru dereglarea activităţii psihice a copilului. Fiecare vârstă îşi are conflictele caracteristice, însă nu toate conflictele duc la nevroze, deoarece există mecanisme de compensare, iar eşuarea lor duce la nevroză. Cele mai frecvente mecanisme de compensare la copiii şcolari se localizează fie la nivelul fanteziei (caută soluţii în fantezia lor), fie în planul realului (dau vina pe altcineva sau fug de situaţie).

Situaţii conflictuale se pot dezvolta la copil încă din primele zile de viaţă extrauterină (mecanismul de instalare a nevrozei infantile poate fi reprezentat ca în figura 1).

Putem vorbi despre nevroză numai atunci când dezvoltarea personalităţii copilului a atins nivelul la care este capabil să reacţioneze nu numai la tensiunea conflictuală, dar să şi trăiască subiectiv această tensiune, să o interiorizeze şi să-şi elaboreze mecanisme de apărare împotriva ei. Aceste lucruri sunt posibile abia după 7 ani.

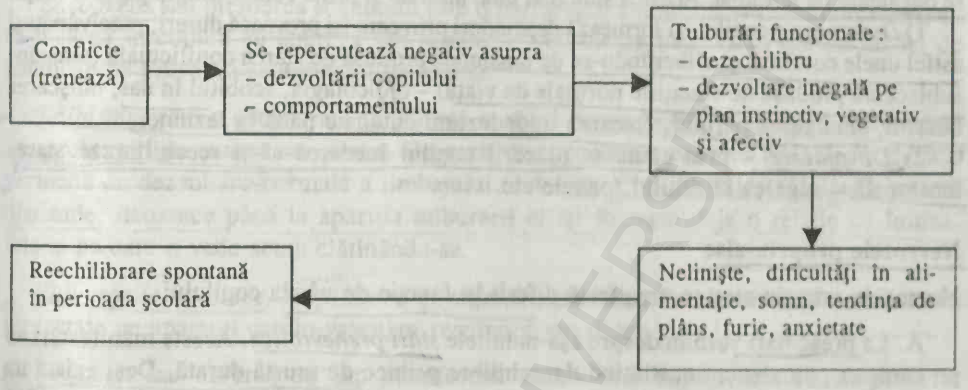


Figura 6. *Mecanismul de instalare a nevrozei infantile*
(după Ghiran, 1991)

Nevroza apare când mecanismele de apărare au eşuat.

La copil putem vorbi despre trei forme de nevroză: dereglările regimului de viaţă, deprinderile nevrotice şi nevrozele propriu-zise.

Dereglările regimului de viaţă

Dereglările regimului zilnic de viaţă survin în domeniul activităţii instinctive sub influenţa conflictelor şi a condiţiilor de viaţă nesatisfăcătoare. Aceste dereglări sunt:

1) *Anorexia* – lipsa poftei de mâncare.

a) Simplă – pierderea poftei de mâncare fără o cauză digestivă; este o consecinţă a dereglării activităţii secretorii digestive sub influenţa stării de tensiune negativă; apare ca expresie a unei stări tensionale subiacente.

b) Mintală – pe fondul subnutriţiei cronice, tulburarea psihică iniţială se accentuează: pacientul devine apatic, depresiv (idei de inutilitate), umil şi pierde controlul conştient asupra stării sale, fapt ce reduce posibilitatea de redresare a funcţiei alimentare. Are la bază o stare de conflictualitate, mai ales cu părinţii. Se înregistrează un procent de 25% de mortalitate. Copilul îşi controlează tot mai bine motivaţia de foame. Este mai frecventă la fete în perioada pubertăţii (11-15 ani); imaginea corporală se deformează, tinerele căutând metode prin care să-şi controleze alimentaţia (diaree, vărsături, aruncă mâncarea). De multe ori, viaţa endocrină nu se mai reface, apar tulburări trofice la nivelul pielii şi scade secreţia digestivă, producându-se pervertirea instinctului alimentar. Cea mai semnificativă tulburare este în percepţia propriei imagini corporale, dar apar şi comportamente de tip depresiv.

2) *Bulimia* – exagerarea poftei de mâncare. Uneori, vine după o stare de anorexie mintală gravă în fazele de trecere a acesteia. Rar apar dereglări hipotalamice.

Alte dereglări sunt *constipaţia*, *diareea*, *vărsăturile*.

Deprinderile nevrotice

Uneori, tensiunea conflictuală duce la găsirea unor îndeletniciri cu ajutorul cărora copilul se degajează de tensiune. Acestea sunt mai bine inserate şi prind contur asupra personalităţii.

1) *Dureroase* – copilul îşi formează deprinderi prin care îşi provoacă dureri, rezolvându-şi astfel unele conflicte şi eliberându-se de tensiunea produsă de starea conflictuală (tensiune subiacentă produsă de situaţiile normale de viaţă) – onicofagia, scobitul în nas, muşcarea buzelor, smulgerea părului, frecarea unor leziuni cutanate până la leziune.

2) *De plăcere* – prin căutarea plăcerii copilul încearcă să-şi reechilibreze starea tensională – sugerea degetului, onanie etc.

Nevrozele propriu-zise

Nevrozele propriu-zise se manifestă diferit în funcţie de vârsta copilului.

A. La preşcolari vorbim despre aşa-numitele *stări prenevrotice*. Aceste manifestări au un caracter paroxistic, constituind dezechilibre psihice de scurtă durată. Deşi există un anumit tip de organizare, ele nu pot fi denumite nevroze. Se corectează uşor şi nu necesită tratament medicamentos. Ele îmbracă următoarele forme:

- *spasmul hohotului de plâns* – între 3 şi 6 ani;
- *crizele de furie* – în perioada de negativism primar (2-3 ani);
- *manifestările anxioase* – apar în special seara şi pot merge până la crize de panică şi pavor nocturn, starea de tensiune descărcându-se în vis;
- *manifestările funcţional-isterice*.

B. La şcolarul mic, nevrozele îmbracă următoarele forme:

Ticurile sunt mişcări sau vocalizări involuntare, bruşte, rapide, nonritmice şi stereotipe. Aceste mişcări apar în starea de veghe fără a exista un scop care să motiveze acţiunea. Sunt repetitive, localizate şi pot fi controlate prin concentrarea atenţiei. Ticul este experimentat de copil ca irezistibil, dar poate fi suprimat pentru intervale variabile de timp. Ticurile pot apărea fie în urma unor traume de natură psihologică, fie prin imitaţie, prin fixarea unor mecanisme de apărare. Ticurile pot fi de două tipuri: motorii şi vocale. La rândul lor, fiecare dintre acestea pot fi simple sau complexe. Ticurile motorii simple sunt clipitul, ridicatul din umeri sau grimasele faciale. Ticurile motorii complexe sunt gesturile faciale, comportamentele de curăţire, autolovirea, muşcarea, săritul etc. Ticurile vocale simple sunt tuşitul, dresul vocii, murmuratul etc. Ticurile vocale complexe sunt repetarea de cuvinte sau de expresii în afara contextului, utilizarea de cuvinte inacceptabile social, chiar obscene (coprolalia), repetarea ultimului sunet auzit (ecolalia) etc. (*DSM-III-R*). O formă particulară de tic, întâlnită destul de frecvent la copii, este tulburarea Gilles de la Tourette. Aceasta combină ticuri motorii simple cu unul sau mai multe ticuri vocale.

Enurezisul sau discontrolul urinar poate apărea la copiii de peste 2-3 ani, cu pierdere involuntară de urină. Când enureza se manifestă la un copil de vârstă şcolară, ea este o regresie pe scara achiziţiilor, generată de o situaţie conflictuală. Este o formă de apărare

patologică, o modalitate prin care copilul încearcă inconştient să atragă atenţia anturajului asupra unei situaţii pe care n-o poate tolera. Atitudinea anturajului are darul de a întări simptomul. Astfel, pe măsură ce toleranţa celor din jur scade, manifestările copilului câştigă în complexitate, apărând elemente astenice şi obsesivo-fobice ce se reflectă în personalitatea copilului (devine timid, nesigur şi chiar fricos). Enurezisul poate fi diurn, nocturn sau mixt.

Encopreza sau pierderea scaunului este o perturbare a deprinderilor complexe. Poate să meargă în comun cu enureza sau separat. Fragilizează psihicul şi devine un fel de handicap ce provoacă sentimentul de ruşine.

Balbismul este o deteriorare în fluenţa vorbirii caracterizată prin repetări frecvente sau prelungiri de sunete sau silabe. Reprezintă o problemă mai ales dacă apare după o perioadă de dezvoltare normală a limbajului (3-4 ani). Copilul trăieşte dureros această disritmie, deoarece până la apariţia tulburării el îşi formase deja o relaţie cu lumea, relaţie pe care o vede acum clătinându-se.

Tulburările cardiace, respiratorii şi digestive sunt cauzate de tensiuni conflictuale proiectate pe aparatul cardio-vascular, respirator sau digestiv.

Cefaleea sau durerea de cap manifestată cronic este considerată un simptom al nevrozei infantile. Aceasta se rezolvă după soluţionarea stării de conflictualitate care se află la originea ei.

Tulburările anxioase ale copilăriei

Anxietatea este o stare afectivă vagă, difuză, de nelinişte, de apăsare, tensiune, îngrijorare şi teamă nemotivată, fără obiect, neconformantă din punct de vedere psihologic (*Dicţionarul de psihologie*). Persoana în cauză trăieşte sentimente intense de insecuritate.

Tulburările anxioase ale copilăriei includ stările nevrotice în care anxietatea este elementul clinic predominant. Putem vorbi despre trei forme de manifestare la copil: anxietatea de separaţie, tulburarea evitantă a copilăriei şi anxietatea excesivă (*DSM-III-R*). În primele două categorii, anxietatea este centrată pe situaţii specifice. În cea de-a treia categorie, anxietatea este generalizată la o varietate de situaţii. Adiţional acestor trei forme specifice copilăriei, putem vorbi şi despre alte tulburări anxioase care apar şi la adulţi: fobia simplă, fobia socială, panica, tulburarea obsesivo-compulsivă şi tulburarea stresului post-traumatic.

Anxietatea de separaţie. Principalul simptom după care se recunoaşte această tulburare este anxietatea excesivă în legătură cu separarea de cei de care copilul este ataşat. Când survine separarea, copilul poate experimenta o stare de anxietate mergând până la panică. Reacţia o depăşeşte pe cea aşteptată la nivelul de dezvoltare a copilului.

Copilul care suferă de anxietate de separare este incomodat când călătoreşte departe de casă sau de alte locuri familiare. El refuză să-şi viziteze prietenii, să meargă în tabără sau la şcoală, să doarmă la un prieten. Poate fi incapabil să stea singur într-o cameră. Prezintă un comportament adeziv, stă strâns lipit de părinţi, urmărindu-i prin toată casa.

Pe lângă aceste simptome comportamentale, atunci când copilul anticipează o eventuală separare apar şi o serie de acuze somatice: dureri gastrice, cefalee, greaţă. La copiii mai mari şi la adolescenţi apar simptome cardiovasculare: palpitaţii, ameţeală, leşinuri.

Când sunt separaţi de persoanele de care sunt ataşaţi, aceşti copii sunt adesea cuprinşi de frici morbide, gândindu-se că atât ei, cât şi ceilalţi s-ar putea îmbolnăvi sau ar putea suferi un accident. Ei îşi exprimă teama de a nu fi pierduţi şi de a nu se mai întâlni niciodată cu persoanele respective. Copiii mici au preocupări mai puţin specifice, mai amorfe. Pe măsură ce copilul creşte, fricile se pot sistematiza în jurul unor pericole potenţiale identificabile. Majoritatea copiilor mai mici acuză anxietate pervazivă în legătură cu pericolele unei anumite maladii sau în legătură cu moartea. Când separarea este ameninţătoare sau iminentă, apare anxietatea anticipatorie. Copiii mici suferă numai când sunt separaţi în realitate.

Copiii cu această tulburare simt adesea frică de animale, de monştri şi de situaţii care sunt percepute ca prezentând pericol pentru integritatea lor şi a familiei. Le poate fi frică exagerată de hoţi, spărgători, răpitori de copii, de accidente de automobil sau de călătoria cu avionul, preocupări în legătură cu agonia şi moartea. Ei au dificultăţi în a merge la culcare şi insistă ca cineva să stea cu ei până adorm. Îşi pot face drum spre patul părinţilor sau al unui frate, pot dormi lângă uşa de la dormitorul părinţilor sau pot avea coşmaruri al căror conţinut exprimă fricile morbide ale copilului. Pot să nu experimenteze toate acestea, dar în schimb să fie cuprinşi de dor de casă şi de nostalgie, mergând până la disconfort sau chiar panică. Atunci când se află departe de casă, îşi doresc din tot sufletul să se întoarcă şi sunt preocupaţi de fantezii de reunire. Aceşti copii pot prezenta episoade recurente de retragere socială, apatie, tristeţe sau dificultate de concentrare în muncă sau în joc. Ocazional, pot deveni violenţi faţă de o persoană care forţează separarea.

Pe lângă aceste simptome, pot apărea o serie de elemente asociate:

- frica de întuneric – pot relata că văd ochi aţintiţi asupra lor în întuneric, că animale mitice îi privesc feroce ori că nişte creaturi sângeroase se reped la ei;
- dispoziţia depresivă – devine mai persistentă în timp, justificând diagnosticul adiţional de distimie sau de depresie majoră;
- sunt pretenţioşi, intruzivi şi cer să li se acorde atenţie constantă;
- se plâng că nimeni nu-i iubeşte şi nu are grijă de ei; îşi doresc să fie morţi, în special dacă separarea este forţată;
- alţii sunt extrem de conştiincioşi, supuşi şi dornici să placă;
- când nu sunt făcute nici un fel de cereri de separare, de regulă copiii cu anxietate de separare nu au dificultăţi interpersonale.

În formele sale severe, tulburarea poate fi foarte incapacitantă, copilul fiind incapabil să frecventeze şcoala şi să funcţioneze independent.

Această tulburare se dezvoltă după unele traumatisme din viaţă, de regulă o pierdere, moartea unei rude sau a unui animal iubit, o maladie a copilului sau a unei rude ori o schimbare în ambianţa copilului. Este mai frecventă în familiile strâns unite şi afectuoase.

Într-un studiu realizat în 1987, Francis, Last şi Strauss (Turner şi colab., 1992) au investigat simptomele anxietăţii de separaţie pe un lot de 45 de copii cu vârste cuprinse între 5 şi 12 ani. Ei au constatat existenţa unor diferenţe semnificative între copiii de 5-8 ani faţă de cei de 9-12 ani. Copiii mai mici prezintă o simptomatologie mai bogată, din care nu lipsesc coşmarurile din timpul nopţii şi distresul în urma separării.

Tulburarea evitantă a copilăriei. Această tulburare se manifestă printr-o timiditate excesivă la contactul cu persoane nefamiliare, care este suficient de severă pentru a interfera cu activitatea socială în relaţiile cu egalii pe o durată de cel puţin 6 luni.

Această timiditate este dublată de dorința clară de implicare socială cu oameni familiari. Relațiile cu membrii familiei și cu alte persoane familiare sunt calde și satisfăcătoare.

Un copil cu această tulburare apare ca fiind retras social, jenat și timid când se află în compania unor persoane nefamiliare și devine anxios când i se face chiar și cea mai banală cerere de a interacționa cu străinii. Când anxietatea socială este severă, copilul poate deveni incoerent sau mut, chiar dacă aptitudinile sale comunicaționale nu sunt alterate. Acești copii nu sunt agresivi, dar sunt lipsiți de încredere în ei. Tulburarea apare rar singură, fiind însoțită de regulă de o altă tulburare anxioasă, cum ar fi anxietatea excesivă.

Aceste probleme încep, de regulă, să se manifeste în primii ani de școală, în contextul unor oportunități crescute de contact social. Cu timpul, la unii copii se ameliorează spontan, în timp ce alții experimentează o evoluție episodică sau cronică. În cazurile grave apare o deteriorare severă în activitatea socială.

Anxietatea excesivă. Copilul care suferă de anxietate excesivă tinde să fie extrem de sfios, se teme de evenimente viitoare, cum ar fi examinările, posibilitatea unei vătămări sau includerea în activitățile de grup ale egalilor. Se teme în legătură cu satisfacerea așteptărilor, cum ar fi punctualitatea, respectarea dispozițiilor date, efectuarea unei activități de rutină. Este extrem de preocupat de comportamentul său anterior.

•Copilul poate pierde mult timp interogându-se despre disconfortul sau pericolul unor varietăți de situații și necesită multă reasigurare. Poate fi extrem de anxios în legătură cu competența sa într-o serie de arii și în special în legătură cu ce vor crede alții despre performanța sa.

Tulburarea este însoțită de o serie de simptome pe plan somatic: nod în gât, durere gastrointestinală, cefalee, scurtarea respirației, greață, amețeală, dificultăți în adormire, iar copilul este în permanență nervos și tensionat.

•Acest elev poate manifesta fobie socială, poate refuza să meargă la școală, poate fi un copil extrem de zelos și conformist, care caută cu orice preț aprobarea, având chiar tendințe perfecționiste. Este neliniștit pe plan motor și poate avea obiceiuri nervoase (își roade unghiile sau își smulge părul). Poate manifesta preocupări precoce sau poate refuza să se angajeze în activitățile corespunzătoare vârstei în care există cerințe de performanță.

Debutul se produce brusc sau gradual, cu exacerbări asociate cu stresul. Poate persista și în viața adultă ca tulburare anxioasă sau ca fobie socială.

Tulburarea apare mai frecvent la copiii care sunt unici la părinți sau sunt născuți primii și în grupurile socioeconomice medii sau superioare, în familiile în care există preocupare în legătură cu performanța (Last, Strauss și Francis, 1987).

Avem de-a face cu anxietatea excesivă atunci când copilul manifestă cel puțin patru dintre următoarele comportamente:

- este îngrijorat în mod nerealist în legătură cu evenimentele viitoare;
- este preocupat exagerat în legătură cu un eveniment trecut;
- are preocupări nerealiste legate de propria sa competență;
- manifestă simptome somatice;
- este exagerat de conștiincios;
- are o nevoie excesivă de aprobare;
- este incapabil să se relaxeze.

Fobiile sunt tulburări psihice care se manifestă printr-o teamă persistentă, evitare, stare intensă de anxietate, copilul recunoscând faptul că teama sa este excesivă și nerezonabilă.

Fobiile pot fi simple sau sociale. La copii, fobiile simple cele mai frecvente cuprind teama de animale şi teama de proceduri medicale. Fobiile sociale cele mai frecvente la copii includ teama de a vorbi sau de a mânca în public.

Cercetările în domeniu au arătat (Aras, Chapin şi Olivesu, 1972) că numărul fobiilor simple scade o dată cu înaintarea copilului în vârstă (copilul se teme mai puţin de creaturi imaginare, de întuneric, de animale), în timp ce numărul şi complexitatea fobiilor sociale creşte. De asemenea, s-a constatat faptul că (Graziano şi colab., 1979) frecvenţa fobiilor este mai mare la fete decât la băieţi (Turner, 1992).

Panica, cu sau fără agorafobie, se diagnostichează la copii după aceleaşi criterii ca şi la adulţi. Panica fără agorafobie se caracterizează prin atacuri spontane de anxietate, cu multiple simptome fiziologice. Panica cu agorafobie cuprinde atacuri de panică însoţite de comportamentul de evitare a situaţiilor care consideră că i-ar putea provoca atacuri de panică. Agorafobicul este acea persoană care evită anumite situaţii de teamă ca acestea să nu-i provoace un atac de panică.

Tulburarea obsesiv-compulsivă se caracterizează prin apariţia unor gânduri şi/sau ritualuri comportamentale obsesive şi deranjante. Întreruperea acestor gânduri sau ritualuri provoacă o stare de stres dusă la extrem. Gândurile obsesive cele mai frecvente sunt cele legate de îndoială, moarte sau contaminare. Comportamentele obsesive cel mai des întâlnite cuprind spălarea, verificarea, atingerea, ritualuri de numărare. Această tulburare este extrem de rară la copil (aproximativ 2% din totalul tulburărilor psihice ale copilăriei).

Stresul post-traumatic este tulburarea anxioasă ce apare la copil pe fondul unei perioade de stres continuu şi intens în urma unui eveniment traumatic (dezastru natural, abuz fizic etc.). Tulburarea se manifestă prin retrăirea repetată a evenimentului traumatic, evitarea situaţiilor asociate cu acest eveniment şi simptome de excitaţie persistentă.

Dezvoltările prevalente de personalitate la copil

Dezvoltările prevalente de personalitate se deosebesc de reacţiile psihogene şi de nevroze prin faptul că trauma psihică este cauzată de un factor particular, de un defect anatomic ce îi produce copilului ruşine. Spre exemplu, îi este ruşine că poartă ochelari. Acest defect îi fragilizează copilului viaţa psihică. Mecanismul patogenic este unul de prevalenţă în receptarea, prelucrarea şi elaborarea răspunsului faţă de informaţia traumatizantă ce vine din exterior. De regulă, copilul trăieşte defectul ca pe un amestec de ruşine, nervozitate şi obsesie că va primi o nouă jignire.

Dezvoltările prevalente de personalitate apar mai frecvent la copiii a căror personalitate se dezvoltă pe direcţia astenic-senzitivă. Cea mai frecventă formă de manifestare este delirul senzitiv de relaţie (Kretschmer). Tabloul clinic se conturează în jurul unei tematici de tip paranoid: copilul are impresia că toată lumea îl urmăreşte, că cei din jur îi vor răul şi are tendinţa de a căuta în permanenţă urmăritori. Aceşti copii au o slabă vitalitate, obosesc uşor, se simt mereu extenuaţi, par copii „adultizaţi". Randamentul bun nu-i satisface niciodată. Se exprimă cu dificultate când doresc să-şi declare sentimentele sau găsesc momentele cele mai penibile pentru a face acest lucru. Sunt foarte minuţioşi şi au tendinţa de a observa atent tot ce se întâmplă în jurul lor. Sunt foarte vulnerabili în relaţiile interpersonale şi orice observaţie lasă urme adânci. Au tendinţa de a privi viaţa

pe fond depresiv şi compensează această stare printr-o extremă conştiinciozitate (ambiţie, tenacitate, un sistem etic foarte complex).

III.3. Tulburările endogene la copil

Clasificarea endogeniilor la copil

Endogeniile la copil se clasifică în două mari categorii (Ghiran, 1991):

A. Psihozele endogene:

- Depresia;
- Schizofrenia infantilă;
  - Schizofrenia sugarului (Bender);
  - Autismul infantil tipic (descris de Kanner);
  - Autismul atipic;
  - Sindromul lui Rett;
  - Demenţa Heller;
  - Schizofrenia simbiotică hiperkinetică (descrisă de Margaret Mahler);
  - Forma perioadei de latenţă (6-12 ani);
  - Schizofrenia infantilă (Bleuler) – între 7 şi 14-15 ani.

B. Insuficienţele psihice (oligofreniile).

Psihozele endogene

• *Depresia în copilărie.* Termenul „depresie" este de curând introdus în psihopatologia copilului. Până acum treizeci de ani nici nu se pomenea de depresie la copii. Astfel, spre sfârşitul anilor '50, teoria psihanalitică, dominantă în acea perioadă, pleca de la ideea că depresia adultului îşi are izvorul în sentimentul de vină produs de instanţa superioară a personalităţii (superego). Copilul însă nu are un superego prea dezvoltat (deoarece această instanţă se formează spre adolescenţă), ceea ce înseamnă că el este incapabil să trăiască genul de tulburare depresivă specifică adulţilor.

În 1974, Cytryn şi McKnew au demonstrat că la copil pot apărea o serie de probleme comportamentale care sunt „echivalentul" depresiei adultului. Autorii au denumit această formă de tulburare „depresie mascată" şi includeau aici o gamă extrem de largă de simptome, de la anxietate la delincvenţă. Singura idee promovată de ei care merită reţinută este aceea că simptomele unei tulburări psihice la copil pot fi cu totul diferite de cele ale adultului.

În 1978, Lefkowitz şi Burton au lansat ideea că o serie de simptome asemănătoare cu cele ale adultului pot apărea şi în copilărie, însă ele pot fi fenomene ale dezvoltării normale ce se vor disipa în timp.

Abia în 1980, în *DSM-III*, Asociaţia Psihiatrilor Americani statuează atât ideea că este corect să se vorbească de depresie la vârsta copilăriei, dar chiar şi ideea că simptomatologia este aproape identică cu cea a depresiei adultului. În ediţia revizuită a aceluiaşi manual (*DSM-III-R*, 1987) este descrisă în detaliu depresia copilăriei.

Cea mai nouă orientare în domeniul psihopatologiei dezvoltării (Cantwell, 1990) priveşte depresia copilului ca pe un construct ipotetic legat de un grup de simptome

observabile. Definiţia operaţională a acestui construct se determină pe cale empirică în funcţie de vârstă. Unele dintre simptome pot fi aceleaşi cu cele ale adulţilor cu tulburări depresive, în timp ce altele pot fi specifice copilului de o anumită vârstă. Oricare dintre simptome, luat singur, poate fi considerat un fenomen normal de dezvoltare. Combinaţiile variate şi frecvenţa simptomelor pot fi un indicator de psihopatologie la o anumită vârstă.

Un episod depresiv în copilărie are o durată medie de 7 până la 9 luni şi aproximativ două treimi dintre aceşti copii vor manifesta şi alte episoade recurente în viaţa adultă (Kovacs, 1989). Frecvenţa tulburării în populaţie este 2-10% (Turner, 1992).

Un episod depresiv major la copil apare (*DSM-III-R*) atunci când acesta prezintă pe o perioadă de cel puţin două săptămâni o dispoziţie depresivă, pierderea interesului pentru mediu şi/sau iritabilitate. În plus, apar încă patru dintre următoarele simptome: scăderea în greutate, tulburări de somn, agitaţie psihomotorie sau retardare pe plan psihomotor, oboseală, stimă de sine scăzută sau vină excesivă, probleme de concentrare şi gânduri sau/şi tentative de suicid. Copiii de vârstă prepuberală (9-12 ani) pot manifesta adiţional preocupări somatice, halucinaţii auditive şi/sau anxietate.

Cercetările au arătat că simptomele depresiei infantile diferă foarte mult în funcţie de vârstă şi sex. Astfel, copiii până la 10 ani manifestă în special tristeţe, semne vegetative, retragere socială şi acuze somatice (Turner, 1992). Băieţii de vârstă şcolară mică adaugă acestei simptomatologii discuţii cu teme de suicid, iar fetele manifestă anxietate şi idei de persecuţie (Achenbach, Edelbrock, 1983).

În diagnosticarea depresiei la copil este foarte important să facem diferenţierea între:

- un singur simptom al dispoziţiei depresive: dacă acesta apare izolat este considerat o reacţie normală, de durată limitată, la o varietate de stimuli din mediu;
- sindrom sau un cluster de simptome ce implică dispoziţia depresivă;
- tulburare care cuprinde sindromul însoţit de dificultăţi sociale şi educaţionale.

• *Schizofrenia infantilă*. Schizofrenia este o psihoză cronică, procesuală, caracterizată prin disocierea personalităţii (Romilă, 1997). Persoana pierde contactul cu realitatea, apar profunde tulburări ale gândirii şi ale afectivităţii. Boala are o evoluţie deteriorantă (Kraepelin).

Kurt Schneider împarte simptomele din schizofrenie în simptome de gradul I şi simptome de gradul II. Dacă se întâlnesc ambele, stabilirea diagnosticului este uşoară. Numai cele de gradul II nu sunt suficiente pentru un diagnostic pozitiv.

Simptome de gradul I:

- sonorizarea (ecoul) gândirii - înseamnă ruperea unităţii gândire-limbaj cu o ascuţire a laturii fizice a fenomenului; persoana are impresia că este prizonierul unei gândiri sonore, deoarece îşi aude gândurile;
- dialogul vocilor - pentru el, vocea reprezintă un străin pe care îl aude comentând propria activitate, care îi dă ordine contradictorii, i se adresează pe un ton imperativ şi pare extrem de periculos; vocile pe care le aude comentează propria-i activitate;
- sindromul Kandinski-Clerambault constând în: pseudohalucinaţii (depersonalizare, derealizare, percepţii delirante, dispoziţie delirantă, intuiţie delirantă, idei de relaţie) şi idei de influenţă (mai ales influenţe corporale, transmiterea gândurilor din exterior: senzaţii deosebite transmise din exterior; spre exemplu, sunt convinşi că emoţiile nu sunt ale lor, ci vin din exterior).

Simptome de gradul II: celelalte tipuri de halucinaţii (optice, gustative, olfactive, cenestezice) şi intuiţii delirante.

Schizofrenia apare la 0,85-1% din populaţie. Îmbolnăvirea apare şi înainte de adolescenţă, la copii, dar cu multe particularităţi care nu seamănă cu tabloul adultului.

Cauzele apariţiei schizofreniei sunt multiple:

- genetice: dispoziţie specifică poligenică, frecvenţa bolii fiind mult mai mare la rudele schizofrenilor;
- infecţioasă: boala apare în catatoniile acute febrile;
- ipoteza organogenă (a schizofreniei latente - Bleuler) susţine existenţa unei personalităţi premorbide schizoide;
- factorii de mediu: familia schizofrenicului nu este nucleară, este o familie ciudată în care fiecare are o independenţă şi o neprecizare de rol ieşite din comun; familia prezintă un caracter schismatic şi divergent al opiniilor, în casă este o atmosferă iraţională, paranoidă, există preocupări incestuoase, izolare socioculturală, poate fi vorba despre un minus sexual între părinţi (şi în acest caz, băiatul nu se identifică cu tatăl sau fata cu mama) ori poate fi vorba despre o structură familială patologică, cu o mamă schizofrenigenă (rece sau extrem de posesivă, tiranică, care manevrează copilul impunându-i, ca unei proprietăţi, conduita în toate contextele sociale) şi un tată pasiv şi ineficient.

O schizofrenie tratată în primii trei ani are şanse mari de remisie. Este însă foarte cunoscut faptul că 75% dintre cazuri au debuturi mascate şi latente care se întind pe ani de zile. Se produce astfel un fenomen paradoxal: tot ce numim în copilărie nevroze, psihopatii, reacţii se pot dovedi ulterior debuturi de schizofrenie.

Semnele principale ale debutului de schizofrenie sunt (Romilă, 1997):

- Tendinţa schizofrenicului de a se retrage de mai multe ori pe zi în camera lui. Se întinde pe pat cu ochii în tavan şi în această visare îşi derulează conflictul, nerealizările sexuale, neînţelegerea cu familia care îl presează pentru realitate, comparaţia pe care o face continuu că poate el nu a fost născut aşa.
- Atipie: concluzia zilnică a familiei că are de-a face cu un indisciplinat, un încăpăţânat ieşit din comun care s-a izolat şi care, dacă trece peste o anumită limită, ajunge la violenţă. Critică cu necruţare toate acţiunile familiei. Manifestă răceală şi lipsă de interes pentru joc, relaxare, muncă. Face totul doar ca să fie făcut. Este atipia tablourilor neurastenice şi a decompensărilor psihopatice, presărată cu momente emoţionale deosebite care nu se petrec în public, ci în camera lui, unde poţi să-l găseşti plângând.
- Disperă, acuzând că nu mai poate să se concentreze.

Termenul „schizofrenie" a fost introdus pentru prima oară în patologia infantilă de către Potter, în 1933. Majoritatea autorilor adoptă o atitudine prudentă, menţinând în cadrul schizofreniei doar formele ce apar după vârsta de 10 ani. Se consideră că 1-5% dintre schizofreniile adultului debutează în copilărie. Prevalenţa bolii în copilărie este de 3-4‰.

La copil, spre deosebire de adult, din cauza insuficientei dezvoltări a funcţiilor psihice, a experienţei de viaţă reduse, a insuficientei delimitări dintre imaginar şi real, simptomatologia este mai slab conturată, mai săracă, mai ştearsă şi, uneori, modificată de existenţa - mai ales la vârstele mici - a unui sindrom defectual.

Formele clinice asemănătoare cu cele întâlnite la adult, existente şi la vârsta puberală, şi la adolescenţă sunt: schizofrenia simplă, schizofrenia hebefrenică, schizofrenia catatonică, schizofrenia paranoidă, schizofrenia latentă, episodul schizofrenic acut, schizofrenia reziduală, forma schizoafectivă, forma neprecizată. Există însă şi forme clinice specific infantile descrise mai amănunţit în acest capitol.

Diagnosticul schizofreniei infantile (Ghiran, 1991) cuprinde diagnosticul pozitiv şi cel diferenţial.

Diagnosticarea pozitivă este dificilă din cauza varietăţii manifestărilor psihopatologice, absenţei unor modificări paraclinice caracteristice şi a faptului că numeroase alte afecţiuni pot prezenta în cursul evoluţiei lor un aspect schizofreniform. Diagnosticul schizofreniei la copil şi adolescent se sprijină pe datele clinico-evolutive, anamnezice şi paraclinice (de excludere).

Diagnosticul diferenţial se face cu:

- manifestările nepsihotice (nevroză, tulburări de comportament şi personalitate, tulburări organice);
- episodul maniacal din psihoza maniaco-depresivă. Apar probleme de diagnostic diferenţial în special cu forma hebefrenică a schizofreniei, iar episodul depresiv - cu forma catatonică;
- tulburările de personalitate de tip schizoid, care apar la unii copii în perioada pubertăţii şi adolescenţei, ca urmare a amplificării sensibilităţii, susceptibilităţii şi dificultăţilor de socializare; acestea se diferenţiază de schizofrenie prin caracterul temporar şi prin absenţa laturii procesuale a bolii;
- psihozele organice (infecţioase, toxice, traumatice, tumorale etc.);
- formele severe de oligofrenie, surditatea şi afazia congenitală creează probleme de diagnostic diferenţial cu forma autistă a schizofreniei infantile.

Forme de schizofrenie infantilă. Schizofrenia sugarului (Bender) apare la copil încă din primul an de viaţă, pe linie ereditară. Se înregistrează un proces de dizarmonie în dezvoltare cu o nedezvoltare corespunzătoare pe plan motor (diferitele componente motorii se dezvoltă neregulat şi inegal) care duce la retard. Pe planul dezvoltării cognitive în schimb, apare o dezvoltare precoce (gângurit, cuvinte). Copilul manifestă anxietate constituţională, o anxietate pentru care nu are motive, devenind temător în raport cu mediul înconjurător şi cu intrarea în câmpul lui de observaţie a persoanelor străine. Apar, de asemenea, tulburări neurovegetative de tip circulator, digestiv, termic, cu o mare instabilitate de la o zi la alta. Pe plan comportamental, copilul este într-o stare de distonie neurovegetativă foarte accentuată, cu mişcări stereotipe, fără intenţionalitate în raport cu lumea înconjurătoare. În ansamblu, avem de-a face cu o dezvoltare insuficientă şi inegală.

Autismul infantil tipic (descris de Kanner) este o tulburare ce debutează înainte de 30 de luni de viaţă. Boala apare brusc, după o perioadă de dezvoltare relativ normală. Semnul principal al tulburării este că pacientul se bucură atunci când este lăsat singur (tendinţă de solitarism, însingurare). Copilul manifestă dezinteres faţă de lume, nu se mai raportează la norme, nu sesizează mediul, îşi pierde capacitatea de comunicare. Dacă încerci să-l scoţi din această stare se irită şi face crize de furie. Limbajul îşi pierde modularitatea afectivă: apar aproximări, diminutive, bizarerii în conţinutul noţiunilor. Memoria este foarte bună pentru substantive, chiar noţiuni abstracte, însă totul este reţinut într-un mod mecanic, necontrolat afectiv. Copilul nu poate exprima acţiunile

(verbul în general), mai ales acţiunile raportate la pronume (nu se poate exprima la persoana I). Are un limbaj de papagal (caracter detaşat al vocii, lipsită de modulaţii afective, ecolalică) – acest lucru se întâmplă pentru că la el nu există drept o conştiinţă a eului ca entitate. Are o permanentă preocupare pentru imuabil – nu-i place să schimbe nimic (îi plac situaţiile fixe care nu solicită noi eforturi de adaptare). Rămâne legat de mamă. Este incapabil să anticipeze situaţii posibile, fapt care îi provoacă anxietate în prezenţa altor persoane şi îi alterează relaţia cu oamenii. Are în schimb relaţii cu obiectele, pe care le manevrează însă fără creativitate, cu stereotipie şi mişcări repetitive. Fizionomia îi rămâne inteligentă, dar nu mai face achiziţii şi nu-l mai poţi învăţa nimic. Are un comportament general retras.

Autismul atipic poate să apară şi după 30 de luni. Copilul, în acest caz, nu are tulburări de interacţiune socială cu mediul şi nici dificultăţi de comunicare. El nu are comportamentul restrictiv de retragere caracteristic autismului propriu-zis. Apare însă retardul psihic, însoţit de tulburări de limbaj care ţin de lipsa dezvoltării, de pierderea capacităţii de recepţie.

Sindromul lui Rett, descris doar la fete, debutează între 7 şi 24 de luni, în urma unei dezvoltări normale. Se manifestă prin pierderea mişcărilor bine intenţionate (la nivelul mâinilor) şi a limbajului, însoţită de creşterea perimetrului cerebral (seamănă cu hidrocefaleea). Se stopează interesul copilului pentru joc, dar rămâne interesul social (nu se pierde legătura cu familia). La nivel motor se înregistrează apraxie şi mişcări de rotaţie a mâinilor şi corpului (mişcări coreoatetozice) care, prin spasme, duc la deformaţii (scolioze etc.). Copilul are handicap psihic şi se pot înregistra crize epileptice.

Demenţa Heller este o psihoză organică degenerativă, progresivă. Tulburarea progresează rapid spre agravare, până la idioţie completă, pe fondul unei degenerescenţe neuronale cerebrale. Tulburarea debutează la 4-5 ani, copilul dezvoltându-se normal până la această vârstă. Brusc, îşi pierde interesul pentru jucării şi oameni, îşi pierde capacitatea de concentrare şi controlul sfincterian. Pe plan somatic totul merge foarte bine. Apar tulburări de vorbire (parafrazie, afazie amnezică, neologie, perseveraţie, ecolalie, sărăcirea treptată a vocabularului până la mutism complet), agitaţie psihomotorie, tulburări de comportament de tip disforic şi crize epileptiforme.

Schizofrenia simbiotică hiperkinetică (Margaret Mahler) apare în perioada 30 luni-6 ani, fiind caracteristică în special preşcolarilor. Caracteristicile principale sunt hiperkinezia şi imposibilitatea de a se diferenţia de mamă – este atât de simbiotic legat de mamă încât nu se poate desprinde. Tulburarea începe brusc, în plină stare de sănătate. În câteva săptămâni îşi pierde achiziţiile şi comunicarea, apoi totul se opreşte (demenţiere). Copilul manifestă crize de agitaţie psihomotorie ce apar pe un fond de instabilitate permanentă. Are tulburări de somn cu fenomene de pavor nocturn şi crize de plâns nemotivate cu manifestări de opoziţie zgomotoasă. Pe un fond de anxietate permanentă, se manifestă o sensibilitate exagerată la frustrări afective, nu suportă nici cea mai mică tendinţă de îndepărtare a mamei. Este logoreic (vorbeşte mult cu caracter stereotip). Apare tendinţa marcată de încorporare, transformare corporală.

Forma perioadei de latenţă (6-12 ani). Aceasta este o perioadă din dezvoltarea copilului caracterizată prin echilibru psihic şi o dezvoltare mai accentuată pe plan somatic. Tulburarea apare după o perioadă de acuze somatice de ani de zile în care se

caută motivul suferinţei. Cu alte cuvinte, boala ia la început forma unei suferinţe organice, de aceea debutul nu poate fi stabilit cu precizie. Pe neobservate, se produc o restrângere treptată a interesului faţă de mediu şi apariţia procesului de deficit, marcat de o serie de dificultăţi şcolare şi randament diminuat. Copilul devine tot mai dezinteresat de lume, este în permanenţă obosit şi preferă să alunece treptat spre inactivitate (până şi jocul devine o dificultate). Pe plan somatic se debilizează: scade în greutate, se topeşte masa musculară, devine stângaci, apar semne de hipogenitalism şi are o expresie hipomimică. Pare că are preocupări complexe, dar nu mai poate rezolva situaţii concrete (are înclinaţii spre o filosofie sterilă). Se înregistrează o reducere a capacităţii de contact, mai ales cu cei dragi, tendinţe de izolare, chiar autism. Comportamentul devine repetitiv, încărcat de stereotipie, dar şi de comportamente bizare, şocante. Pe plan comportamental pot apărea două evoluţii ale tulburării: fie spre eretism (în acest caz copilul este expansiv, agresiv, provoacă stricăciuni cu o luciditate impresionantă, este intolerant la frustrări, are stări de furie, fobii, mişcări şi comportamente imprevizibile, fără explicaţie, este neglijent, trăieşte bucuria de a murdări obiectele, revoltă lumea înconjurătoare), fie pe linia restrictivă (negativism, inhibiţie, mutism, anorexie, refuz şcolar). Este foarte greu de stabilit contactul cu un astfel de copil, deoarece este într-o permanentă apărare, este ciudat în exprimare şi nu acceptă contactul ochi în ochi. Privirea lui, deşi pare atentă, are o notă de indiferenţă. Mimica este labilă, schimbătoare, adesea discordantă cu ceea ce vorbeşte, iar zâmbetul este rece, ciudat, permanent (nu poate fi disimulat).

Copilul manifestă un deficit psihologic discordant cu nivelul de instrucţie. Funcţiile de cunoaştere sunt afectate mai mult decât în schizofrenia adultului:

- percepţia este bună, dar apare hipoestezia senzorială, iar imaginaţia este alterată (fabulaţie patologică) şi, rareori, apar halucinaţii;
- gândirea este unitară la început ca dinamică, dar, în timp, începe procesul de disociere; este o gândire abstractă, cu elemente obsesivo-fobice, ruminaţii, idei delirante şi prevalente care îl împing la activităţi neobişnuite.
- pe planul limbajului se manifestă tulburări de vorbire (mutism, paralogii sau recădere la un nivel inferior de achiziţii);
- pe plan afectiv se produce o distanţare de valorile pozitive; este iritabil, morocănos; treptat, apar indiferentismul şi dezinteresul pentru lumea înconjurătoare, stările disforice nemotivate (plâns);
- activitatea: hipokinetică, hipobulică, diminuare a activităţii; pe acest fond apar stări de furie. Tinde spre perseveraţii, ritualuri, stereotipii. Copilul îşi pierde capacitatea de iniţiativă (se supune la convenienţele din jur, se manifestă ca un automat);
- personalitatea evoluează cronic spre destrămare apar: tendinţa de autism, dedublarea, treptat, se produce pierderea contactului cu mediul.

Schizofrenia infantilă (Bleuler) debutează între 7 şi 14-15 ani. Se produce o disociere între funcţii, dar şi în cadrul fiecărei funcţii. Se caracterizează prin ambivalenţă (copilul nu are siguranţă în ceea ce spune şi face). Elementul dominant este delirul de încorporare şi delirul de relaţie (apare o relaţionare particulară cu lumea).

Funcţiile psihice alterate sunt percepţia, gândirea, activitatea, afectivitatea şi personalitatea. Se pierde conştiinţa autopsihică (nu are conştiinţa bolii):

- percepția: disfuncție senzorială (pierderea integrării între câmpurile senzoriale, fapt care duce la pierderea treptată a contactului cu realitatea, iar de aici decurge nesiguranța), hiperestezie senzorială (trăiește toate informațiile la modul dureros), tulburări în percepția spațiului, timpului și schemei corporale, derealizări, depersonalizări, halucinații auditive (cele mai caracteristice, mai ales pseudohalucinațiile: își aude gândurile, i se fură gândurile), vizuale (terifiante, legate de anxietăți), gustative, olfactive (legate de alterarea relației cu părinții - crede că vor să-l omoare);
- gândirea prezintă tulburări de dinamică (tendința de stereotipie, perseverații, blocaje; merge până la fenomenul de baraj), devine mai voalată (caracter de aproximație în tot ceea ce spune, tendința la abstracțiuni, oboseală mintală), apar tulburări expresive (în conținutul noțiunilor: ruperea unității conținutului de gândire - se separă tot ce ar trebui să fie legat și se leagă tot ce nu ar trebui), paralogii, aproximări; copilul confundă sensul concret cu cel figurat, folosește multe condensări, neologisme, cuvinte noi auzite sau fabricate de el (delir sistematizat de persecuție);
- afectivitatea: apar tulburări ale echilibrului dispozițional (tendința spre indiferentism), își pierde semnificația afectivă în lumea înconjurătoare, se manifestă o rigiditate afectivă (nu are loc trecerea de la o stare la alta), se pierde raportul afectiv cu anturajul, apare tendința de persiflare (face glume proaste); copilul are o slabă capacitate de colorare afectivă, de vibrație afectivă, ambivalență și discordanță în timp între afectivitate și idei;
- activitatea: hipovulie (alterarea voinței), hipokinezie (topirea activității), ambivalență (nu are capacitate de decizie), parakinezii (activități șocante, stereotipii, poziții vicioase, modificările expresiei fizice a corpului), manierisme, grimase, râs exploziv, ergoschizis (se pierde armonia ce dă frumusețe gestului motor, pierde fluența mișcării), tulburări de activitate în toate domeniile (vorbire, scris, expresie plastică), activități impulsive, bruște, neprevăzute, tulburări de activitate instinctivă (se reduce, crește sau se pervertește);
- personalitatea: întâi se manifestă frica permanentă că își pierde controlul, apoi îl deranjează foarte mult faptul că este sub influența unor forțe externe, apărând un fenomen de dedublare (la început pierderea capacității de control, apoi fragmentarea personalității până la apersonalizare sau tranzitivism);
- conștiința: pierderea conștiinței de boală; nu are critica stării, nu recunoaște suferința.

Insuficiențele psihice

Retardarea mintală indică o scădere sau o diminuare, de un anumit grad, a funcțiilor intelectuale, fapt care duce la limitări serioase în comportamentul adaptativ al persoanei care face față cu greu cerințelor vieții cotidiene și standardelor comunității căreia îi aparține. Este cunoscută și sub numele de insuficiență psihică primară sau oligofrenie. Retardarea mintală nu este o boală psihică, ci individul n-a avut șansa să se dezvolte ca personalitate în raport cu parametrii corespunzători vârstei cronologice, mai ales pe planul cunoașterii și inteligenței, și nu este capabil să-și organizeze singur viața.

Studiile au arătat că frecvența apariției cazurilor de deficiență mintală ar fi de aproximativ 11% din populație. Dintre aceștia, 0,5-1% au QI < 60, 2-3% au QI = 60-75, iar 6-7% au QI = 75-95.

Se vorbeşte despre mai multe grade ale retardării mintale (*DSM-III-R*):

- retardare mintală de limită (QI = 70-85);
- retardare mintală uşoară, numită şi deficienţă mintală (QI = 50-70);
- retardare mintală moderată, numită şi imbecilitate superioară (QI = 35-50);
- retardare mintală severă, numită şi imbecilitate joasă (QI = 20-35);
- retardare mintală profundă, numită şi idioţie (QI < 20).

Cunoaşterea cauzelor deficienţei mintale este foarte importantă pentru eficientizarea măsurilor de profilaxie şi tratament medical şi pentru creşterea posibilităţilor de diagnosticare corectă şi tratare psihopedagogică diferenţiată a formelor de manifestare a acestei insuficienţe. Efectul factorului etiologic depinde de momentul ontogenetic în care acesta acţionează. De multe ori, deficienţa mintală este o consecinţă a acţiunii sumate a mai mulţi factori care se manifestă fie simultan, fie succesiv. În alte situaţii, un anumit factor poate acţiona indirect asupra dezvoltării psihice, acesta producând mai întâi un mediu nefavorabil.

Cauzele deficienţelor mintale sunt multiple. Acest lucru înseamnă că, de obicei, retardul intelectual este provocat de acţiunea (simultană sau succesivă) a mai mulţi factori. În general, deficienţa mintală poate fi generată de trei categorii de factori:

Factori endogeni (ereditari, genetici), care sunt de două tipuri:

- nespecifici – debilitatea endogenă familială;
- specifici: anomaliile craniene familiale (microcefalii, hidrocefalii, sindromul Aber), aberaţiile cromozomiale (sindromul Turner, sindromul Klinefelter, hermafroidismul, sindromul Down), ectodermozele congenitale (scleroza tuberoasă, neurofibromatoza, angiomatoza cerebrală) şi deficienţele metabolice. În categoria deficienţelor metabolice intră: dislipoidozele, disproteidozele (fenilcetonuria, sindromul Hartnup, degenerescenţa hepato-lenticulară, sindromul Low) şi dismetaboliile hidraţilor de carbon (galactosemia, hipoglicemia ideopatică).

Factori exogeni (extrinseci):

- prenatali: infecţii de natură virotică (rubeolă, gripă infecţioasă, hepatită, oreion – apariţia acestor infecţii în cursul primelor trei luni de sarcină are consecinţe extrem de grave), infecţii de natură bacterigenă (tuberculoză, sifilis), infecţii cu protozoare (toxoplasmoza congenitală Gondi), condiţii de gestaţie de natură anatomo-fiziologică (incompatibilitatea factorului Rh), cauze chimice şi hormonale (avort provocat nereuşit, alcoolismul cronic al mamei, subalimentaţia mamei), vârsta părinţilor (mamele de peste 45 de ani sau cele care au avut mai mult de trei naşteri înainte de 20 de ani), emoţiile puternice ale mamei în timpul sarcinii, radiaţiile (tratamente cu raze X în primele 5 luni de sarcină);
- perinatali: asfixia copilului în timpul naşterii (strangularea cu cordonul ombilical, inspirarea mucusului, prezenţa lichidului amniotic în plămâni, administrarea unor doze de antibiotice prea mari, reflexe inspiratorii slabe la copil), hemoragia la copil în momentul naşterii (subdurală, subarahnoidală, intracerebeloasă, intraventriculară, meningeală), traumatismele de natură mecanică suferite de copil în timpul naşterii (utilizarea forcepsului, lovirea craniului de oasele pelviene ale mamei), prematuritatea (copiii cu o greutate la naştere sub 1.500 g);
- postnatali: meningită sau encefalită, traumatisme mecanice (loviturile la nivelul capului la vârste mici provoacă fracturi sau hemoragii intracraniene), factori nutriţionali şi toxici (deficienţa cronică a proteinelor din alimentaţie), epilepsia.

Factori psihogeni (psihosociali): carenţe afective şi educaţionale.

Intelectul de limită (QI = 70-85). Inferioritatea intelectuală a acestor copii apare încă de la intrarea în grădiniţă, când deja manifestă deficienţe de limbaj, gândire, percepţie şi interese reduse. Din cauza acestor deficienţe, la începutul şcolarităţii aceşti copii iau un start slab. Inabilităţile lor cresc pe măsură ce sarcinile şcolare devin mai complexe şi antrenează procese intelectuale de nivel superior.

Debilitatea mintală (QI = 50-70) reprezintă insuficienţa mai mult sau mai puţin marcată a dezvoltării inteligenţei, lăsându-i individului posibilitatea de a ajunge la autonomie socială, dar fără a-i permite să-şi asume total responsabilitatea conduitelor sale, deoarece el este incapabil să prevadă consecinţele. Vârsta mintală la care poate ajunge copilul este de 7-9/10 ani. Debilul mintal este educabil şi capabil de achiziţii şcolare corespunzătoare vârstei sale mintale. Educarea debililor mintali se face în şcolile ajutătoare. Deficienţele lor sunt în următoarele domenii:

- percepţia (deficienţe ale analizei şi sintezei – desprind mai puţine detalii din obiecte şi imagini, percepţiile sunt confuze, câmpul perceptiv este îngustat, orientarea în spaţiu este dificilă);
- gândirea (necreativă, reproductivă, situaţională, intuitivă, cu deficienţe în operaţiile de analiză, sinteză şi comparaţie; stabileşte mai uşor deosebirile decât asemănările; perseverări; nu are atitudine critică);
- limbajul (primul cuvânt apare la 2 ani, în condiţiile în care la copilul normal apare la 1 an, iar utilizarea propoziţiei apare la 3 ani, în timp ce copilul normal face acest lucru la 1 an şi 8 luni, vocabular limitat, construcţii defectuoase din punct de vedere gramatical, cuvinte parazite şi perseverări; dificultăţi în însuşirea scrisului);
- memoria (rigiditatea fixării şi reproducerii cuvintelor, memoria cifrelor redusă, lipsa de fidelitate în reproducere; au nevoie de un număr mai mare de repetiţii pentru a reţine un material verbal);
- motricitate (merge mai târziu, viteza şi precizia mişcărilor sunt scăzute, reglarea forţei musculare este deficitară).

Învăţătorul are obligaţia de a-i identifica pe eventualii copii cu deficienţă mintală din clasa sa şi de a contribui la reorientarea lor spre şcolile ajutătoare. Acest demers cuprinde următorii paşi:

- observarea atentă a acestor copii pe parcursul activităţilor şcolare;
- interviu de anamneză riguros cu părinţii copilului suspectat;
- îndrumarea copilului spre examinarea unui psiholog şcolar;
- iniţierea şi susţinerea demersului de transfer al acestui copil spre şcoala ajutătoare (inclusiv explicaţiile date cu competenţă profesională părinţilor).

Imbecilitatea (QI = 20-50) este o formă de deficienţă mintală gravă, copilul ajungând până la o vârstă mintală de 2-7 ani. Imbecilul are posibilitatea de a-şi însuşi într-un anumit grad forma orală a limbajului. El este parţial educabil în căminele-şcoală, însă, neffiind capabil să se autoconducă, rămâne dependent social.

Idioţia (QI = 0-20) se caracterizează printr-un nivel mintal inferior vârstei de 2 ani. Idiotul nu depăşeşte etapa construcţiilor senzorio-motorii şi nu are capacitatea de a

răspunde de propria sa securitate în viaţa de toate zilele. El este incapabil să se autoconducă, să se apere de eventualele pericole şi să se hrănească, fiind îngrijit în cămine-spital.

Modalităţi de abordare a cazurilor cu tulburări psihotice

În tratamentul tulburărilor psihotice la copii, psihoterapia joacă de regulă un rol secundar. Astfel, în 1989, psihoterapeutul american Kazdin, făcând o inventariere a studiilor privind tratamentul depresiei la copil, a constatat că cele mai multe dintre acestea se refereau la efectele medicamentelor antidepresive (Francis, 1988).

De regulă, tratamentul depresiei la copil combină medicaţia antidepresivă cu psihoterapia. În aceste cazuri, sunt foarte eficiente tehnicile cognitiv-comportamentale. Psihoterapia intervine mai ales cu scopul îmbunătăţirii aptitudinilor sociale şi comunicaţionale ale copilului.

În 1987, Stark, Reynolds şi Kaslow au realizat o cercetare clinică pe un lot de 29 de copii depresivi cu vârste cuprinse între 9 şi 12 ani. Copiii au fost repartizaţi în grupuri terapeutice, iar tratamentul a cuprins în total un număr de 12 şedinţe pe o perioadă de 5 săptămâni. Scopul cercetării a fost compararea eficacităţii a trei tehnici: tehnicile de autocontrol, învăţarea rezolvării de probleme şi lista de priorităţi pentru condiţiile de control. Rezultatele au fost pozitive, copiii demonstrând după două luni de la tratament îmbunătăţiri semnificative pe plan comportamental (Francis, 1988).

S-a scris foarte puţin despre tratamentul psihologic al schizofreniei la copil. Şi în acest caz terapia medicamentoasă ocupă prima poziţie. De regulă, în psihoterapia acestor copii se pune accentul pe îmbunătăţirea aptitudinilor comunicaţionale.

Cele mai multe studii sunt legate de psihoterapia copiilor cu autism. Principalele deficienţe ale acestor copii sunt în planul limbajului, în planul comportamentului social şi al jocului, în planul atenţiei şi în planul motivaţiei.

Psihoterapia copiilor cu tulburări de natură psihotică include întotdeauna un program complex ce implică toţi factorii care intervin în educarea copilului respectiv: părinţi, învăţător, medic psihiatru, psihoterapeut.

Capitolul IV

Experienţa pierderii şi a durerii la copil

Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea

IV.1. Pierderi aşteptate *versus* pierderi neaşteptate

Definim pierderile aşteptate ca fiind acele pierderi conştientizate pentru care te poţi pregăti în avans. Pierderile neaşteptate sunt rezultatul întâmplării, al evenimentelor care nu pot fi anticipate.

Vom încerca să luăm în discuţie toate aspectele pierderii şi durerii aplicate la copilărie, recunoscând natura unică a acestei suferinţe. Cu siguranţă că profunzimea experienţelor durerii diferă de la un caz la altul. Încă de la naştere copilul experimentează schimbări cauzate de separaţie şi pierderea unui anumit model de dezvoltare. După naştere urmează şi alte asemenea modificări, în funcţie de stadiile de dezvoltare. Probabil că cele mai pregnante schimbări se produc la pubertate (Lendrum, Syme, 1992), schimbări esenţiale trecerii spre maturitate, o sursă a stresului pentru mulţi copii. Copiii au nevoie de sprijin din partea adulţilor, faţă de care manifestă un puternic ataşament şi care îi pot ajuta să rezolve sentimentele de pierdere implicate în asemenea situaţii. Atunci când se instalează un oarecare confort, acesta va reprezenta un fundament pentru ca ei să poată face faţă viitorului. Multe pierderi nu sunt recunoscute şi nici apreciate la adevărata lor valoare. Schneider (1994) arăta că jelirea şi tristeţea pot afecta dezvoltarea normală, alterând aşteptările individului şi percepţia sa asupra lumii sau, dimpotrivă, pot mări oportunitatea pentru creşterea şi rezolvarea altor experienţe.

Studiile lui Bowlby (1971, 1973) arată că, în primele şase luni de viaţă, copiii dezvoltă un ataşament special faţă de persoanele care îi îngrijesc. De asemenea, experimentează reacţii dureroase speciale, mai ales dacă are loc separarea lor de obiectul ataşamentului. Copiii sunt capabili să rezolve pierderile dacă au o relaţie de securitate rezonabilă cu proprii părinţi înainte de apariţia pierderii, dacă primesc informaţii prompte şi clare despre pierdere, dacă li se permite să participe la durerea familiei.

Pierderea copilului diferă de pierderea adultului în multe modalităţi. Din punctul de vedere al dezvoltării personalităţii, copiii sunt mai puţin pregătiţi să se confrunte cu pierderea. Experienţa şi deprinderile lor cognitive sunt limitate, iar abilitatea acestora de a da un anumit sens experienţelor este redusă. De asemenea, au un control redus asupra circumstanţelor în raport cu adulţii, depind de ceilalţi, sunt primii care recunosc faptul

că se află în suferinţă, anticipă şi cer îndeplinirea nevoilor. Uneori, suferinţa lor poate fi minimalizată şi considerată inexistentă de către adulţi. În cazurile în care durerea nu este înţeleasă, durerea experimentată de copil nu este interiorizată şi asumată, el încercând să nege procesul de jelire care îl face şi mai incapabil să rezolve durerea.

Apar evenimente care au inevitabil rezultate dureroase şi care au nevoie să fie înţelese şi depăşite. Schimbarea şcolii, mutarea într-o altă casă, apariţia unor probleme serioase, cum ar fi hospitalism sau moartea unui prieten drag, sunt numai câteva exemple de pierderi experimentate de copii în timpul vieţii. Chiar şi naşterea unui nou frăţior poate fi resimţită ca o pierdere a poziţiei de copil unic şi a avantajelor care decurg din aceasta. Factorul comun în toate aceste situaţii este dat de teama de a pierde ataşamentul şi dragostea părintească. Fiecare copil a suferit un anumit tip de pierdere în timpul copilăriei sau chiar, în anumite cazuri, pierderi multiple (divorţ, decesul bunicii, schimbarea şcolii). Pierderea mediului familial stabil înseamnă şi o mulţime de alte pierderi ca: nevoia de a schimba casa sau şcoala, pierderea contactului cu alţi membri ai familiei şi chiar pierderea animalelor preferate. Toţi copiii, inclusiv cei care nu arată semne evidente de durere, au nevoie de suport şi de îngrijire din partea adulţilor în validarea sentimentelor şi încorporarea pierderilor în rândul experienţelor de viaţă. Acolo unde există violenţă sau abuz, efectele asupra copilului necesită intervenţia imediată a unui specialist.

Nu toate pierderile sunt cauzate de separaţie. Copiii pot experimenta un întreg nivel al pierderii interioare ca pierderea identităţii, confidenţei sau stimei de sine. Este vital pentru un copil ca aceste pierderi să fie recunoscute sau luate în serios. În timpul adolescenţei, majoritatea se confruntă cu stresul specific cauzat de modificările corporale, ale relaţiilor, ale imaginii de sine, ale identităţii sexuale şi ale aşteptărilor parentale. Nu este surprinzător că aceşti factori, combinaţi cu creşterea independenţei şi a retragerii graduale de sub influenţa parentală, îl pot pune pe adolescent în situaţia de a fi copleşit de sentimentele de pierdere şi insecuritate. Adolescenţii experimentează puternic aceste sentimente, se tem de pierderea controlului asupra propriilor emoţii şi, deseori, maschează reacţiile prin diverse strategii: activitate sexuală crescută, relaţii conflictuale cu cei din jur etc. (Dyregrov, 1991).

În multe situaţii pierderile pot fi anticipate. Ca o parte a procesului de dezvoltare stadială, copiii se pregătesc pentru viitor. Pregătirea copiilor pentru pierderi înseamnă capacitatea de a le spune „la revedere" şi dezvoltarea unor strategii de a le face faţă. Atunci când copilul este prea mic pentru a anticipa pierderea, munca de dezvăluire poate fi făcută de către adulţii din jurul acestuia. Copiii pot fi introduşi în problematica pierderilor prin discuţii şi chiar folosind cărţi sau alte surse. Experienţe ca începerea şcolii, naşterea unui frăţior, moartea unui bunic necesită o pregătire specială. Pierderile neaşteptate sunt mult mai dificil de rezolvat pentru copii. Deseori sunt asociate cu evenimente traumatice şi chiar adulţii consideră dificil a le face faţă. În cazul morţii neaşteptate, Dyregrov (1991) atrage atenţia în ceea ce priveşte distincţia ce trebuie făcută între efectele cauzate de natura traumatică a morţii şi reacţiile dureroase. Wolfelt (1992) descrie câteva mituri comune referitoare la durere: durerea unui copil este de scurtă durată, experienţa durerii şi jelirii poate fi predictibilă, scopul ajutorului acordat copiilor este depăşirea durerii şi jelirii. Autorul menţionează faptul că fiecare copil răspunde la durere într-o modalitate personală. Nu există o cale unică pentru jelire şi nici o formulă unică de parcurgere a procesului dureros. Există totuşi reacţii comune experimentate de majoritatea copiilor aflaţi în suferinţă. Reacţiile imediate includ: şoc, negare, protest,

apatie. Pierderii iniţiale îi răspund de regulă prin negare, crezând că prin această modalitate pot ţine durerea la distanţă. Fixarea acestei atitudini poate produce neplăceri îngrijitorilor şi este recunoscută ca fiind un mecanism de apărare incapabil să ajute copilul să-şi rezolve propria durere. Există şi copii care răspund la pierdere printr-o disperare imediată care nu poate fi eliminată atât timp cât obiectul durerii reapare (Dyregrov, 1991). Pe lângă aceste patternuri comune, gama manifestărilor include o mare varietate de reacţii: anxietate, tristeţe, vinovăţie, ruşine, dezorganizare, tulburări de somn şi simptome fizice (Wells, 1988). Unele reacţii nu apar în mod clar şi de aceea pot fi interpretate în mod greşit sau incomplet înţelese de aparţinători şi îngrijitori. Chiar şi în cazurile în care este evidentă pierderea suferită de un copil, se poate admite cu greu ideea că un anume tip de comportament al acestuia este consecinţa durerii.

Fiecare copil experimentează în mod unic o varietate de gânduri, sentimente şi comportamente. În funcţie de aceasta se nasc şi anumite nevoi: reasigurare acolo unde situaţia o face posibilă, răspunsuri oneste la întrebările legate de pierdere, recunoaşterea problemei şi asigurarea că a fost luat în serios, suport emoţional pentru eliminarea disconfortului (anxietate, frustraţie, îndoieli, vinovăţie, disperare, singurătate, insecuritate), ajutor pentru a-şi exprima jalea într-o modalitate apropiată sufletului său, participarea la ceremoniile familiale în cazul în care pierderea include întreaga familie, ajutor pentru a putea plânge, pentru a putea depăşi în timp aceste pierderi şi a-şi recăpăta bucuria de a trăi.

IV.2. Fazele durerii şi reacţiile comportamentale caracteristice la copii

Fiecare experienţă dureroasă este unică. Fiecare proces dureros prin care trece copilul include trei faze: durerea de început, durerea acută şi durerea subsidiară. Fazele se desfăşoară una după alta şi includ, la rândul lor, mai multe componente.

Ca şi adulţii, copiii trec prin aceste faze la fiecare pierdere suferită, oricât de mică ar fi aceasta. Pentru că expresia durerii fizice şi a celei sufleteşti în cazul copiilor diferă de cea a adulţilor, este important ca cei care lucrează în munca de consiliere cu aceştia să recunoască reacţiile lor comportamentale pentru a găsi cea mai bună modalitate de răspuns. S-a constatat că acei copii care primesc sprijin din exterior vor trece mai uşor şi mai sănătos prin pierdere şi chiar mai productiv pentru varietatea sentimentelor exprimate.

În cazul durerii de început (timpurii), cele mai comune reacţii includ negarea (disocierea, hiperactivitatea, iritabilitatea, protestul), alarma şi panica. Toate aceste reacţii pot determina stres şi iritabilitate. Conştient sau inconştient, negarea este un mecanism care ajută la prevenţie, evitare şi reducerea anxietăţii. Ajută la suprimarea acelor emoţii care ne fac să ne simţim vulnerabili, la conservarea energiei necesare următoarelor faze. În această fază, nu este un lucru neobişnuit ca, pentru câteva momente, pierderea să fie pur şi simplu uitată. Un efect al pierderii îl reprezintă disocierea. Mulţi copii par a se mişca prin viaţă pur şi simplu ca nişte roboţi, zâmbind şi răspunzând unor iluzii. Ei spun că se simt ca şi cum n-ar fi în contact cu ei înşişi. Această experienţă de disociere poate dura de la câteva ore până la câteva luni. Este posibil ca în această perioadă copilul să arate foarte puţin interes pentru tot ceea ce este în jurul său, să pară rupt de realitate, suspendat în timp şi spaţiu, să evite conversaţiile şi orice contact interpersonal, să se retragă din activităţile sociale.

Regresia este o altă caracteristică ce poate însoţi durerea. Regresia poate include de asemenea manifestări mai speciale: lovituri, muşcături, murdărirea hainelor, creşterea activităţii orale (îşi sug degetele sau părul, muşcă hainele, creioanele). Unii copii pot exprima faptul că au nevoie de mai multă securitate, devenind mai posesivi decât de obicei sau chiar furând. Regresia copiilor îi determină adesea pe adulţi să fie îngrijoraţi, temându-se că modificările circumstanţiale în sfera comportamentului s-ar putea permanentiza. Oricât de iritabil este acest tip de răspuns la pierdere al copilului, aceasta nu este, de obicei, o alegere conştientă a lui. Stresurile majore, cum ar fi moartea unui părinte sau divorţul părinţilor, pot determina comportamente regresive care durează chiar şi câteva luni de zile, apărând în mod recurent şi cu potenţial de repetare până şi la intervale de câţiva ani, când ceva reînvie experienţa pierderii. O dată ce copiilor li se permite să-şi exprime supărările şi să facă unele reajustări necesare, ei revin de obicei la nivelul de echilibru anterior. Regresia poate fi o parte a procesului de vindecare după pierdere, pentru majoritatea copiilor. Deşi nu trebuie să fie duri cu copilul, părinţii trebuie totuşi să îşi impună deciziile cu fermitate. Adulţii, care se tem că prin comportamentul regresiv copilul prezintă riscul de a deveni penibil în preajma altor copii, îi pot cere acestuia să restrângă comportamentele respective la mediul privat al casei. După o perioadă rezonabilă de timp, vor putea cere copilului să îşi reajusteze comportamentele la cele potrivite cu vârsta, concentrându-se pe câte o activitate care să-l ajute să-şi asume încet actele şi responsabilităţile anterioare.

• Este important să se stabilească expectaţii şi perioade de timp corecte. Se poate apela la terapia prin joc de scurtă durată, dându-i astfel copilului posibilitatea de a se comporta în virtutea regresiei comportamentale pe care o manifestă. În acelaşi timp, adultului i se oferă posibilitatea să găsească modalităţi de comunicare mai uşoare cu copilul, astfel încât problemele legate de pierdere să fie discutate, fără ca adultul să fie implicat într-o situaţie stresantă.

• Copiii cu un părinte absent pot nega realităţile circumstanţiale care au generat pierderea şi refuză să creadă că părintele nu mai este disponibil pentru ei. Ei ajung uneori să se bucure de amintirile pe care le au cu părintele respectiv, să privească poze, să citească scrisori într-un mod obsesiv. Pot merge până într-acolo încât sunt capabili de orice compromis, numai să-şi vadă părintele sau să îi dea un telefon. Ajung să-l învinuiască în mod furios pe cel care îi îngrijeşte sau pe alţii pentru absenţa părintelui pierdut. Atunci când adultul care îngrijeşte copilul se simte la un moment dat sub nivelul adultului dinaintea sa poate avea parte de reacţii extrem de neplăcute din partea copilului care vor fi depăşite cu mare dificultate. Cu toate acestea, deşi comportamentul copilului poate determina resentimente sau gelozie din partea adultului implicat, este totuşi un semn din partea copilului că dezvoltă sentimente puternice de ataşament, că acceptă să fie îngrijit de cineva şi că răspunde cu aceeaşi dragoste.

Distragerea, devierea şi hiperactivitatea sunt alte reacţii comportamentale la pierdere. După o pierdere, mulţi oameni, indiferent de vârstă, pentru a evita să se gândească la ceea ce s-a întâmplat, devin extrem de activi. Copiilor începe să le displacă să se joace singuri şi, ca atare, cer compania altei persoane sau privesc în mod constant la televizor, pentru a-şi distrage atenţia de la ceea ce s-a întâmplat. Sau îşi pot concentra toată energia în activităţi şcolare, sport, cluburi sau hobby-uri, lucruri care le oferă deopotrivă o activitate care îi ţine ocupaţi şi îi face să se simtă competenţi. Unii încep să fie preocupaţi de problemele celorlalţi. Adolescenţii folosesc adesea căştile casetofonului sau telefonul

pentru a-și umple timpul liber și pentru a-și bloca reacțiile interioare. Unii recurg chiar la alcool sau la droguri, pentru că acestea îi ajută să uite de problemele cauzate de pierderile suferite. Atunci când se așteaptă de la ei să fie tăcuți sau concentrați, unii copii ascultă sau dansează rock, se masturbează sau cântă și își vorbesc lor înșiși. În cele mai multe cazuri, aceasta se întâmplă în timpul nopții, dar se poate întâmpla și la școală. Oriunde ar apărea, asemenea comportamente sunt extrem de jenante sau enervante, mai ales atunci când îi împiedică pe ceilalți să se odihnească sau să studieze. Din nefericire, mult prea frecvent atât profesorii, cei care supraveghează copilul, cât și pediatrii decid că aceia care trec prin asemenea faze au nevoie de îngrijire medicală, fără a realiza că este vorba de o fază normală a exprimării durerii. Este indicat un control neurologic, acești specialiști fiind mai în măsură să diferențieze între o stare de agitație cauzată de durere, care cere timp și suport, și deficiențele de concentrare a atenției sau tulburările hiperactive care trebuie tratate dintr-o perspectivă pur medicală.

O altă consecință a pierderii o reprezintă reacția față de alarmă și panică. Este firesc pentru oricine să simtă frică în ce privește perspectiva pierderii celor pe care îi iubește. Adulții ajung să se întrebe dacă viața mai merită trăită, dar cei mai mulți învață că își pot continua viața și după pierderea cuiva de care au depins cândva. Copiii, pe de altă parte, au avut prea puține experiențe de acest gen sau chiar le-au lipsit în totalitate. Depinzând de alții, care îi îngrijesc, ei sunt mult mai vulnerabili pentru că, fără această grijă, aceștia pot muri cu adevărat. Pentru că pierderea cuiva iubit este asimilată unui risc fizic, copilul reacționează ca și în cazul unei amenințări la propria viață. Aceasta determină manifestări somatice specifice: creșterea pulsului, tensiune musculară, uscarea gurii etc. Aceste reacții psihologice normale îi fac să se simtă anxioși, cuprinși de panică (ce poate dura uneori până la câteva ore) și sleiți de puteri.

Unii psihologi sunt de părere că insomnia ce apare după o pierdere majoră este legată pur și simplu de resimțirea pericolului în care se găsesc. („Nu pot să dorm pentru că nu sunt sigur că inima mea va mai bate după ce mă trezesc.") Copiii trebuie reasigurați de faptul că propria moarte este ceva mult prea îndepărtat și că temerile prelungite de această natură nu se pot justifica. În cazul în care copilul este încă foarte anxios, se recurge la o examinare medicală, pentru a liniști copilul că totul este în ordine și că nimic rău nu i se poate întâmpla. Faptul că poate lua cu el la culcare o jucărie sau un animal de care este foarte atașat îl va face să se simtă mai puțin vulnerabil. De exemplu, studiile arată că privitul peștilor într-un acvariu produce relaxare și scăderea tensiunii musculare, ba chiar și reducerea presiunii sângelui. Împărtășirea unor gânduri, prezența unor gesturi prietenești îl vor face pe copil să se simtă acceptat și îngrijit; mai mult, îi vor demonstra faptul că cineva își asumă responsabilitatea pentru viața lui, nu numai pentru nevoi și sentimente.

Anxietatea de separare apare adesea în momentele în care îngrijitorul dispare pentru o perioadă scurtă de timp sau atunci când părinții hotărăsc să se separe. Acest tip de anxietate poate fi trăit în mod intens, mergând până la coșmaruri. Reacțiile de separare ale copiiilor mici pot îmbrăca forma regresiei sau a depresiei atunci când sunt separați de proprii părinți (îngrijitori), reacții ce persistă uneori o perioadă mai îndelungată după ce copilul și aparținătorul se reunesc, din cauza temerii copilului că îngrijitorul va pleca sau dispărea din nou.

Dacă îngrijitorul copilului se îmbolnăvește, copilul se teme că acesta se va separa și că va decide să nu se mai întoarcă la el (Linn, 1990, p. 25). Părintele nu poate părăsi camera fără a auzi un frenetic strigăt: „Unde ești, mamă?", iar atunci când merge la toaletă aude

imediat copilul vorbind sau ciocănind la uşă. Copiii ascultă în general conversaţiile adulţilor ce se axează pe pierdere şi separare. Răspunsul nonverbal al copilului la întoarcerea mamei de la spital (după o cură) este de ignorare în prima zi şi, mai apoi, un zâmbet în ziua următoare, când i se pregăteşte micul dejun. Anxietatea de separare se manifestă şi atunci când copiii dorm departe de îngrijitori sau când aceştia sunt departe de ei. În familiile în care unul dintre copii a decedat, ceilalţi fraţi ar putea să nu-şi mai dorească să meargă la şcoală, iar ataşamentul faţă de un părinte decedat să creeze dificultăţi şcolare de proporţii.

Atunci când părinţii se hotărăsc să petreacă un sfârşit de săptămână fără copii, lăsându-i la bunici, este indicat să se lase acestora un număr de telefon la care să sune şi să vorbească cu ei în orice moment.

Anxietatea de separare se produce şi când are loc tranziţia de la un îngrijitor la altul. Nu de puţine ori mamele se culpabilizează atunci când trebuie să meargă la serviciu, iar copilul rămâne plângând acasă. Ce este de făcut în asemenea situaţii? Copilul trebuie reasigurat în mod absolut că mama se va întoarce după câteva ore. Din când în când, se poate apela şi la telefon, pentru a vorbi personal cu copilul. Aceştia trebuie încurajaţi să vorbească despre rutina zilei şi este extrem de important ca din tonul vocii mamei să reiasă faptul că nimic rău nu s-a întâmplat cu ea. În cazul în care unul dintre părinţi pleacă de acasă pentru câteva zile, copilului i se poate da un calendar în care să bifeze fiecare zi până ce părintele se va întoarce.

Etapa secundară a procesului de jelire include câteva componente: dor şi căutare, tristeţe, teamă, anxietate, vinovăţie şi ruşine, experienţa dezorganizării şi disperării şi, în final, începerea procesului de reorganizare. Fiecare fază ajută copilul să depăşească pierderea prin acceptarea a ceea ce s-a întâmplat şi prin începerea procesului de refacere şi reaşezare sufletească. Uneori, copiii prezintă o mixtură a acestor sentimente, nefiind ceva neobişnuit ca la un moment dat să predomine o stare, ca mai apoi un alt sentiment să-i ia locul. Unii copii se vor simţi copleşiţi de anxietate sau tristeţe, în timp ce alţii, de teamă şi culpabilizare. Chiar dacă aceste sentimente sunt prezente sub formă de mixtură sau în mod succesiv, în procesul de vindecare trebuie urmărite şi tratate fiecare în parte.

Cercetările indică faptul că sentimentele de ambivalenţă şi conflictele interioare contradictorii legate de persoana pierdută complică procesul durerii, extinzând perioada de timp necesară refacerii. Copiii trebuie să ştie că sentimentele şi reacţiile lor sunt comune şi normale în situaţiile de durere, că reîntoarcerea la creativitate implică durere şi că nu există cale de a scurta toate acestea, întreg procesul trebuind să fie parcurs. Este onest să cunoască faptul că plânsul este o parte a acestui proces şi că trebuie să înţeleagă şi să găsească o modalitate de a-i permite să se producă. Este foarte important pentru copil să simtă că se află în centrul preocupărilor adultului şi că experienţa sa are valoare în ochii acestuia. Mesaje de genul „Sentimentele tale sunt importante pentru mine şi-mi voi face timp să le ascult" trebuie date cât mai des cu putinţă.

Cel mai important moment este acela al începerii procesului de refacere şi vindecare. După o vreme în care au experimentat toate sentimentele şi trăirile normale în asemenea momente, copiii se hotărăsc să revină la o viaţă care să le asigure creşterea şi dezvoltarea personală. Începe parcurgerea drumului bunăstării fizice şi psihice. Aceasta înseamnă abandonarea trecutului şi trăirea în prezent şi viitor. Pe acest drum există multe obstacole, greutăţi, popasuri, reîntoarceri, dar lucrurile vor evolua în sens pozitiv. Are loc integrarea celor întâmplate în sfera a tot ceea ce este bun în viaţa celui care a suferit pierderea.

IV.3. Refacere și reașezare. Consilierea copiilor (triști, depresivi, temători și agresivi) și a familiilor lor

Majoritatea copiilor care au suferit pierderi mai păstrează în primele șase luni după pierdere dispoziția de doliu și durere. Încă se mai păstrează sentimentele de anxietate, furie, plânset lăuntric, iar capacitatea de concentrare și organizare este încă șubredă. Pentru cei mai mulți copii, ajutorul trebuie să sosească înainte ca ei să integreze în mod pozitiv pierderea. În caz contrar, acești copii rămân furioși sau depresivi și chiar striviți sub ruinele propriilor pierderi. Ei nu au puterea necesară refacerii și reașezării pe noi fundamente. Unora le lipsește abilitatea de a se implica în relații cu ceilalți, devenind chiar preocupați de probleme de sănătate care implică durere fizică. Ajung să se teamă exagerat de mult de singurătate. Pentru copiii aflați în suferință, nimic în afară de eradicarea pierderii nu va aduce confortul real, iar efortul care nu se încununează cu acest rezultat este privit ca nefolositor și chiar poate provoca furie și teamă.

Pierderea conține și o parte traumatizantă pentru copil, astfel încât orice intervenție din partea profesioniștilor trebuie să țină cont de acest aspect extrem de important. Trebuie reținut faptul că nu este ușor pentru un copil să străbată drumul refacerii și restructurării după pierdere. Toate tipurile de pierdere cer o perioadă de timp necesară pentru liniștirea apelor sau chiar un timp mult mai îndelungat pentru despăgubirile rezultate de pe urma procesului dureros. Este de preferat consultarea unui specialist în pierdere și separare, întrucât chiar acei profesioniști care lucrează de mult timp cu copiii se simt depășiți și neajutorați în fața pierderilor traumatice pe care le suportă copiii. Acest tip de intervenție necesită pregătire și practică în domeniul pierderilor, durerii, suferinței, speranței și morții. Un profesionist fără o asemenea practică s-ar simți confuz, neștiutor, depășit și chiar ar exista pericolul de a înrăutăți starea sufletească a copilului îndurerat.

Semnele care sugerează aceste situații pot fi: deteriorarea relațiilor dintre copil și aparținător, prezența mult mai multor boli sau dureri la copil decât existau în mod obișnuit; activitățile copilului trădează intenția și efortul depus pentru a scăpa de anxietate, stres, durere, se simte jenat și nu vrea să vorbească despre pierdere, evită asemenea subiecte, apar discuții superficiale și indiferente despre durere și pierdere, episoade serioase de agresivitate îndreptate împotriva îngrijitorilor, părinților, rudelor și prietenilor, se afișează atitudini apatice și indiferență față de moarte. Copiii învață unii de la alții cum să parcurgă experiențele dureroase și cum să facă față dezamăgirilor rezultate de pe urma pierderilor.

Există și copii care au suferit pierderi importante al căror impact a copleșit toate sferele vieții, care nu au mai experimentat niciodată astfel de pierderi și nici nu au mai văzut la alții situații de asemenea magnitudine. Acești copii se izolează și consideră că nimeni nu a mai trecut prin ce trec ei. Există tendința de a încerca să îndure în liniște asemenea sentimente (Linn, 1990, p. 36) sau de a se elibera de ele într-o asemenea manieră încât îngrijitorii să nu observe cele întâmplate. Acesta este unul dintre argumentele constituirii grupurilor de suport și ale implicării consilierii ca formă necesară de intervenție.

Copiii trebuie asigurați de faptul că nu sunt singuri și că ceea ce simt este absolut normal în asemenea situații. Cei care vor lucra cu copiii aflați în suferință pot găsi o sursă importantă și bogată de informații la îngrijitorii acestora. O modalitate corectă de lucru este

aceea de a-i include în planul de acţiune şi pe îngrijitorii copiilor. Întâlnirile de început pot fi făcute în mod separat cu copilul, îngrijitorii şi alţi membri ai familiei, iar, la cel puţin câteva şedinţe, este indicată prezenţa a cel puţin unuia dintre îngrijitorii copilului.

Interacţiunile dintre copil şi consilier ajută îngrijitorul să înţeleagă mai bine natura problemelor cu care se confruntă acesta. Ei pot înţelege mai bine gândurile, sentimentele şi frământările copiilor şi pot pune întrebări într-o modalitate terapeutică. Descoperirile făcute alături de consilier vor mări ataşamentul îngrijitorului faţă de copil. O asemenea participare dezvoltă un sentiment al respectului mutual, înţelegere şi iertare pentru neînţelegerile şi tensiunile trecute care au alterat relaţia lor. Ar fi mai util pentru consilier ca, înainte de a-şi începe propria muncă cu copilul aflat în suferinţă, să stabilească o întâlnire prealabilă cu îngrijitorul acestuia (părinte, tutore etc.), cu acea persoană care l-a ajutat până în prezent cel mai mult, pentru a afla ce s-a făcut până în prezent, cum a încercat acesta să rezolve problemele copilului, maniera de abordare a situaţiilor ivite. Rezultatele acestei întâlniri vor sta mai apoi la baza discuţiilor dintre consilier şi copil.

Spre exemplu, se poate chiar începe discuţia sugerând în mod indirect anumite aspecte din cele discutate cu îngrijitorul: „M-am întâlnit cu tatăl tău săptămâna trecută şi mi-a spus că este destul de supărat din cauza mai multor probleme. Poţi ghici câteva dintre aceste probleme?". Consilierul observă astfel care dintre aceste informaţii nu-i fac plăcere copilului sau pe care nu le poate împărtăşi şi altora. Copilul trebuie asigurat de faptul că se va întoarce acasă după fiecare întâlnire: „Lasă-mă să ghicesc ce anume se va întâmpla cu tine după fiecare întâlnire. Fiecare dintre noi doi se va întoarce acasă. Asta cred eu că se va întâmpla cu tine după fiecare întâlnire de-a noastră. Totdeauna te vei întoarce acasă".

Este important ca, după prima întâlnire a consilierului cu cei aflaţi în suferinţă, să se explice în mod foarte clar faptul că nevoile personale, sentimentele şi gândurile acestora vor fi tratate cu respect şi atenţie. Dacă se observă o anume apăsare sau prezenţa unor inhibiţii la copil, consilierul are responsabilitatea de a determina cauza acestora. Moody şi Moody (1991) constată faptul că majoritatea îngrijitorilor decid ca orice intervenţie să înceapă cu ei şi apoi cu copilul. De cele mai multe ori, asemenea atitudini complică şi chiar măresc disconfortul subiectului. Pe de altă parte, atât îngrijitorii, cât şi asistenţii sociali regretă faptul că nu pot face mai multe pentru copil, în special dacă se simt parţial responsabili de pierderile acestuia. Copiii au nevoie de sprijin pentru a-şi valida sentimentele cauzate de pierdere prin raportarea la adult.

Există situaţii în care sunt încurajaţi, în detrimentul lor, să se comporte ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat. Copiii sunt capabili să îşi asume experienţele dificile şi chiar să îşi dezvăluie emoţiile, dacă şi adulţii importanţi din jurul lor procedează la fel. Unii dintre ei întâmpină dificultăţi în dezvăluirea propriilor sentimente, dat fiind faptul că încercările anterioare au fost întâmpinate de reacţii şi răspunsuri negative din partea adulţilor. Alţi copii învaţă strategii şi modalităţi de a evita asemenea subiecte, folosind aceleaşi expresii pentru descrierea sentimentelor, cu scopul de a mulţumi interesul profesional al adultului. Atunci când se intervine la nivel familial, trebuie identificate şi respectate regulile familiei respective. Trebuie cunoscute modalităţile de exprimare a emoţiilor în cadrul acesteia, forma de comunicare, obiceiurile etc.

Se poate stabili atenţia pe care şi-o acordă unul altuia, dacă vorbesc sau nu deschis despre ceea ce simt, ce se întâmplă când unul este în dificultate etc. Este important să se încurajeze familia să rezolve într-un mod autentic problemele apărute. În momentul în

care copilul sau familia se află într-o situație de criză sau prezintă dificultăți serioase, se va stabili cât mai curând posibil o relație respectabilă, deschisă, onestă și de încredere cu aceștia. În cazul copiilor, se vor folosi diverse tehnici specifice (povești, desen, modelaj, jocuri, dramatizarea conflictelor interioare etc.) care să stârnească interesul acestora pentru conversații pe anumite teme (Schaefer, Mitrofan și Vladislav, 1997). Majoritatea copiilor nu simt faptul că sunt examinați sau testați prin asemenea modalități comune pentru ei, iar părinții trebuie asigurați de claritatea și utilitatea acestora în stabilirea problemelor, iar dacă este cazul, a diagnosticului.

Nu este profesionist și nici uman să considerăm că acei copii care refuză să vorbească despre ceea ce s-a întâmplat și despre ceea ce simt nu sunt afectați de pierdere și nici să considerăm că ar putea evolua fără ajutor într-o direcție sănătoasă. Chiar și acei copii care suferă în mod evident și vizibil din punct de vedere fizic, tot întâmpină greutăți atunci când este vorba de dezvăluirea suferinței emoționale. Există o mulțime de bariere care trebuie învinse. Deseori, copiii au dificultăți majore în exprimarea verbală a simțămintelor, cauzate fie de nedezvoltarea deprinderilor de comunicare, fie de trăirile complexe pe care le determină pierderile suferite. Pe de altă parte, se pot teme de faptul că o dată dezvăluite sentimentele dramatice, acestea vor cauza la rândul lor alte calamități. În realitate, exprimarea verbală a sentimentelor negative conduce la „ofilirea" acestora. Copiii trebuie încurajați și ajutați să scoată la lumină – cu cuvintele lor – propriile sentimente nu numai în primele luni după pierdere, ci în mod repetat. Exprimarea, revizuirea și reașezarea sentimentelor reprezintă componente vitale ale procesului de însănătoșire. Una dintre modalitățile de a ajuta copiii care nu-și pot exprima sentimentele este aceea de a converti sentimentele cauzatoare de disconfort în alte simțăminte: „Poți să-mi spui câteva lucruri despre George? Mi-ai spus săptămâna trecută că se supără foarte repede. Ce lucruri îl fac să se supere atât de repede?". O parte a copiilor convertesc sentimentele de furie în depresie, iar alții convertesc sentimentele de tristețe în ostilitate, iritabilitate, plânset, violență.

Copiii care hotărăsc să-și exprime sentimentele cauzate de pierdere vor ajunge uneori la concluzia că aceste sentimente nu sunt un răspuns normal la durere, rămânând culpabilizați la gândul că au putut reacționa „așa de greșit". Își pot suprima sentimentele gândindu-se că nu sunt destul de mari ca să poată fi luați în serios și să primească validarea, sprijinul și confortul necesare în momentul în care își vor împărtăși durerea și resentimentele. Chiar și atunci când își convertesc sau își reprimă sentimentele trebuie ajutați să înțeleagă că sentimentele sunt sentimente care nu sunt nici bune, nici rele.

IV.4. Câteva tehnici specifice de lucru

Atunci când copiii nu sunt dispuși sau nu se simt confortabil să vorbească despre sentimentele lor, putem să apelăm la combinarea discuțiilor cu activități externe, ca, de exemplu, imagini video sau cărți de povești.

O modalitate simplă, dar eficientă, o reprezintă tehnica celor cinci sentimente: *tristețe*, *furie*, *fericire*, *frică* și *singurătate*. Este foarte important să nu se anticipeze și nici să nu se sugereze răspunsul copilului. Se urmărește consonanța dintre comportamentul verbal și cel nonverbal al copilului atunci când răspunde la test. Dacă este cazul, întrebările se reiau.

O altă modalitate de a ajunge la sufletul copilului este aceea de a concentra toate simţurile acestuia spre o activitate care să fie relevantă scopurilor terapeutice urmărite.

Atunci când copilul întâmpină dificultăţi în exprimarea verbală a ceea ce simte, se poate inventa o poveste în care el însuşi să fie unul dintre actori, oferindu-i astfel posibilitatea dezvăluirii sentimentelor (anxietate, teamă, îngrijorare etc.). De asemenea, se poate folosi un joc care va implica sentimente legate de pierdere şi separare. Există şi copii care au un alt mod de a simţi pierderea şi durerea, mai puţin vizibil în exterior, care nu cer ajutor în mod explicit, ceea ce nu înseamnă că vor refuza ajutorul consilierului. „Ştiu că este greu pentru tine să vorbeşti despre suferinţa ta, dar eu sunt aici, lângă tine, şi, dacă te pot ajuta în vreun fel, aş fi foarte încântat să o fac."

Dacă durerea generează supărare, majoritatea copiilor intră în încurcătură. Deseori se tem de faptul că dacă se vor simţi trişti, vor intra într-o stare neplăcută. Ei încearcă să convertească sau să nege acest sentiment de tristeţe. În cele din urmă, sfârşesc prin a fi nefericiţi, culpabilizaţi şi neajutoraţi. Această convertire poate lua forma furiei şi a violenţei, ceea ce atrage după sine rejecţie şi chiar izolare din partea celorlalţi copii. Controlul şi stăpânirea acestor sentimente se vor obţine atunci când pierderea şi separarea vor fi înţelese, integrate şi, în felul acesta, rezolvate. Atunci când un copil este furios, energia sa emoţională se va localiza în anumite zone corporale observabile (mâini, dinţi, obraji, ochi etc.). El poate fi ajutat să observe că degetele sale sunt strânse în pumn, că maxilarul este încleştat, obrajii crispaţi etc.

Dacă explici asta unui copil în perioada în care este furios, va fi fascinat de noua sa descoperire. Dintr-o dată, reacţiile comportamentale vor căpăta un sens. Poate că este dificil de identificat de prima dată „zona furioasă", dar poate fi ajutat reîmprospătându-i-se memoria cu situaţii în care s-a comportat într-un anumit fel. În tendinţa de a fi concreţi, copiii au nevoie să înţeleagă faptul că furia nu trebuie exprimată totdeauna sub impulsul primului moment. Li se va explica faptul că şi adulţii simt din când în când aceleaşi impulsuri de moment în exprimarea sentimentelor de furie şi frustrare, dar că, pas cu pas, au ajuns să poată stăpâni aceste sentimente şi că acum le dau frâu liber doar când este necesar. Vom avea grijă să nu cadă în cealaltă extremă: reprimarea acestor sentimente şi atunci când nu este cazul, ceea ce ar duce la un comportament pasiv-agresiv. Vor deveni neîndemânatici, vor uita să-şi facă temele etc.

Copiii adoptă un comportament pasiv-agresiv din cauza unuia sau mai multor motive: refuză să-şi exteriorizeze furia, dar caută să fie pedepsiţi pentru a-şi valida comportamentul exprimat, caută să-şi exprime nedreptatea sau neglijarea la care sunt supuşi ca să obţină sentimentul de control al situaţiei. Îngrijitorii care reacţionează prin pedeapsă la asemenea exprimări indirecte de furie şi agresivitate se dovedesc a fi prea puţin înţelepţi în munca cu copiii. Este mult mai util să ajuţi copilul să-şi exprime în mod direct furia şi agresivitatea, folosind metodele discutate anterior.

O altă tehnică familială deosebit de utilă o reprezintă cea dezvoltată de către R. Dreikurs (1974) sub numele de „rezolvare mutuală a problemei". Părintele sau aparţinătorul şi copilul se întâlnesc cu o altă persoană (consilierul), încercând să-şi imagineze soluţii pentru problemă, urmând paşi specifici:

În primul rând, se exprimă acordul asupra faptului că există o problemă, aceasta fiind definită exact – să spunem că în fiecare seară există certuri legate de ora de culcare a copilului. Acestea ar putea fi înlocuite cu momente mult mai plăcute pentru copil.

În al doilea rând, vor stabili dacă sunt sau nu capabili să înfrunte împreună problema (părintele şi copilul devin o echipă, iar problema devine inamicul numărul unu). Dacă este implicată o terţă persoană, atunci aceasta poate veni cu cel puţin cinci sugestii care să vizeze îmbunătăţirea comunicării în familia respectivă.

Al treilea pas ar fi ca fiecare dintre membrii familiei să exploreze împreună toate posibilităţile şi toate alternativele în rezolvarea problemei respective. Uneori, când copiii se simt neajutoraţi, nu sunt dornici nici măcar să participe la acest proces. Vor mormăi, vor folosi propoziţii incomplete, vor spune „nu ştiu" etc. De aceea, vor fi încurajaţi să-şi folosească energia şi sursele de care dispun.

În al patrulea rând, membrii familiei vor discuta fiecare punct de pe lista stabilită anterior.

Dacă cineva are vreo obiecţie legată de una dintre soluţiile sugerate, atunci o vom elimina de pe listă. Aceasta va elimina conflictul latent dintre „părerea ta" şi „părerea mea", întărind sentimentul muncii în echipă şi, mai mult, copiii se vor simţi mult mai bine contribuind ei înşişi la rezolvarea problemei respective. Faptul că sunt implicaţi, că li se cere părerea şi se ţine cont de dorinţele şi nevoile lor în rezolvarea problemei contribuie la maturizarea şi creşterea normală a acestora. În cazul în care nu se ajunge la o soluţie comună, agreată de toată lumea, atunci se poate lua o pauză de o săptămână, timp în care vor medita în linişte la cele discutate, urmând a se întâlni din nou şi a ajunge la o concluzie.

În al cincilea rând, familia va supune la vot părerile şi soluţiile discutate pentru a o selecta pe cea care a întrunit cele mai multe voturi.

În al şaselea rând, după ce s-a realizat un consens într-o anumită direcţie, se vor încuraja unul pe altul, fiind devalorizate lucrurile care ar putea sabota încercarea respectivă.

În final, membrii familiei vor încerca să determine dacă fiecare persoană implicată este dornică să înceapă acest nou experiment în săptămâna următoare.

La sfârşitul perioadei de probă, membrii familiei se reîntâlnesc pentru a evalua eforturile depuse şi rezultatele la care s-a ajuns. Vor stabili dacă problema s-a rezolvat în totalitate sau numai anumite părţi şi faţete ale ei, iar dacă nu s-a obţinut nimic bun, se reevaluează situaţia şi se reîncepe procesul.

Această tehnică dă rezultate surprinzătoare. Interacţiunile dintre părinte (tutore) şi copil încep prin definirea problemei şi se termină într-o notă pozitivă, de cooperare, angajament şi unire a eforturilor în rezolvarea problemei.

O altă modalitate de a lucra cu copiii care au suferit pierderi este aceea de a identifica împreună cu ei alţi copii care au trecut prin situaţii asemănătoare, îndurând pierderea şi separarea. Există copii care şovăie în a plânge în faţa altora. Anxietatea de evitare poate fi depăşită sugerându-le beneficiile momentelor de plânset.

Situaţia se complică în cazul copiilor care nu au reuşit să rezolve prin integrare pierderile suferite şi la care se instalează depresia cronică. În acest caz, o tactică foarte bună este aceea de a discuta franc cu copilul despre timpul pe care îl cheltuieşte pentru depresia respectivă şi pe care ar putea să-l folosească în alte scopuri: să se împrietenească cu el însuşi, să se cunoască mai bine, să se simtă mai bine, să facă anumite lucruri care-i fac plăcere etc.

Copilul va fi tratat cu mult respect, i se vor accepta nevoile şi dorinţele acestuia ca venind din interior. Acei copii care înainte de separare sau pierdere au avut o relaţie caldă cu părinţii s-au dovedit a fi mult mai cooperanţi cu cei care se ocupă de ei după

pierderea suferită (Brenner, 1984, p. 43), iar în cazul în care există o relaţie suportivă puternică în familia respectivă, se constată faptul că se trece mult mai uşor şi mai repede peste consecinţele produse de pierdere.

IV.5. Copiii şi veştile rele: durerea şi comunicarea terapeutică. Repere în consiliere

Într-o lume ce fiinţează sub imperiul suferinţei şi al deznădejdii, copilăria este deseori umbrită de necazuri şi veşti rele. Nu există nici o modalitate corectă/dreaptă de a comunica veştile rele copiilor, dar, în schimb, există câteva modalităţi mult confortabile decât altele.

Nu ne propunem să prezentăm o formulă infailibilă pentru a face ceea ce este corect să faci – pentru că aşa ceva nu există –, ci ne propunem să problematizăm câteva dintre posibilităţile de a da veştile rele, modalităţi al căror scop este acela de a alina suferinţa celor mici şi necăjiţi. Nu puţine sunt situaţiile în care adulţii implicaţi în acest proces nu cunosc calea de a face acest lucru. Fiecare situaţie este unică, iar purtătorul veştilor rele este tot timpul pus în situaţia de a răspunde nevoilor copilului. Nepriceperea, lipsa de experienţă şi cunoştinţe în domeniu etc. a celui care este pus în situaţia de a da o veste rea conduc la nesincronizări şi chiar lipsă de comunicare.

Este extrem de important ca purtătorii veştilor rele să meargă în direcţia corectă, „să călătorească" împreună cu copilul pe tot parcursul „naufragiului", astfel încât acesta să poată să reacţioneze şi să răspundă într-un mod adecvat veştilor nedorite. În acest proces sunt implicaţi atât părinţii, cât şi profesioniştii (medici, asistente medicale, psihologi, asistenţi sociali, terapeuţi, consilieri, preoţi, voluntari). Orice profesionist care lucrează cu copiii poate fi confruntat cu astfel de situaţii.

Fiecare dintre noi a trăit experienţa primirii unor veşti care ne-au provocat suferinţă, nelinişte, panică etc. Veştile rele sunt cele care alterează drastic imaginea despre trecut şi/sau prezent, provocând un disconfort psihoafectiv de scurtă sau de lungă durată. De regulă, acestea se referă fie la o situaţie, fie la o persoană foarte importantă. Dacă vestea implică o pierdere, atunci apare suferinţa. În ce priveşte copiii care ştiu deja sau care suspectează iminenta apariţie a veştilor rele, procesul suferinţei poate să fi început deja. Veştile rele pot fi legate de o varietate de circumstanţe medicale, sociale şi familiale (boală cronică, dizabilitate, spitalizare prelungită, divorţ, probleme şcolare, schimbarea locuinţei, separarea de un părinte care munceşte peste graniţă sau care este în închisoare, adopţie, moarte etc.). Se referă la situaţii temporare sau permanente şi includ ceea ce s-a întâmplat deja sau ceea ce urmează să se întâmple. Includ o serie de incertitudini. Uneori se referă la situaţia copilului, alteori la cineva important pentru copil. O dezvăluire poate să fie făcută la iniţiativa copilului sau la iniţiativa adultului. Dezvăluirea proactivă este făcută la iniţiativa adultului. O dezvăluire reactivă este iniţiată de către copil, dezvăluirea veştilor rele fiind făcută de către adult ca răspuns la întrebările sau preocupările copilului. Unele informaţii pe care se bazează veştile rele sunt de-a dreptul brutale: „Mama şi tata sunt pe cale să divorţeze" sau „Mama ta spune că vei merge într-un spital ca să mori". Dezvăluirea veştilor rele rareori se reduce la o simplă discuţie şi, de obicei, implică repetări, astfel încât copilul să aibă confirmarea acestor veşti. Repetarea dezvăluirilor

este necesară pentru ca el să devină conștient de importanța situației pe care o cunoaște deja și pentru a asocia pierderile implicate. Un copil ai cărui părinți au divorțat poate deveni mult mai conștient de importanța situației atunci când unul dintre cei doi părinți se recăsătorește. Pentru unele familii aflate în suferință (de exemplu, familiile afectate de HIV/SIDA), veștile rele devin un factor stresor repetitiv.

Copiii care suferă de o boală cronică vor experimenta o serie de episoade dureroase în timpul evoluției bolii, fiecare implicând noi pierderi și mult mai multe vești rele. De regulă, adulții au tendința să subestimeze impactul repetării dezvăluirii veștilor rele, conducând în felul acesta la nelimpezirea problemelor și la neconștientizare. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când pierderile repetate se asociază cu o situație de așteptare prelungită, în timpul căreia percepția copilului asupra a ceea ce înseamnă veștile rele se schimbă.

Empatizarea cu copiii nu este deloc ușoară. Uneori, ei interpretează anumite vești ca fiind rele. Recunoscând că esența veștilor rele este pierderea și că, probabil, un copil interpretează veștile ca fiind rele, adulții pot dezvolta o atitudine empatică. Esențialul într-o dezvăluire este să fii în legătură continuă cu gândurile și sentimentele copilului.

Este dificil de separat efectul veștilor rele de modalitatea în care sunt date, dar nici nu este rezonabil să sugerezi că un răspuns imediat sau pe termen lung la veștile rele este influențat de modalitatea în care acestea sunt dezvăluite. Veștile rele date într-o modalitate nefericită pot cauza stres adițional și pot exacerba pierderile inerente, reacțiile negative fiind nebănuite. Pe de altă parte, veștile rele dezvăluite într-o modalitate adecvată pot conduce la scăderea intensității stresului și pot reduce intensitatea sentimentelor de depresie, vină, rușine și inadecvare, vulnerabilitate pe care copilul le poate simți.

Procesul de luare a deciziilor este întotdeauna extrem de dificil, dată fiind complexitatea factorilor implicați. Decizia este mai dificilă atunci când veștile rele sunt asociate cu stigmatizarea și chiar include incertitudini de tot felul. Abordarea protectiv-deschisă este recomandată în munca cu copiii. Dezvăluirea veștilor rele nu înseamnă și nu se poate compara cu o situație de genul „totul sau nimic". Se poate oare răspunde deschis la orice întrebare adresată de către copil? Onestitate în acest caz nu înseamnă deschidere totală, ci selectivitatea informației. Sunt anumite aspecte ale veștilor rele care nu trebuie discutate. Onestitate înseamnă și înțelegerea acestui lucru. Uneori, veștile rele sunt incomplete, confuze și dau naștere la stres și sentimente de singurătate. Teoria conform căreia copiii, în special cei mici, nu au nevoie să știe totul pentru că încă nu au capacitatea de a înțelege conceptele și noțiunile abstracte despre boală, moarte și alte surse ale veștilor rele ignoră potențialul și experiența personală a copiilor în înțelegerea acestor situații de maxim tragism și suferință.

O parte a copiilor care au trecut prin astfel de experiențe sunt deschiși și cooperanți în înțelegerea veștilor rele și chiar își oferă sprijinul activ în ajutarea altor copii care trec prin situații similare. Există studii realizate asupra efectului veștilor rele asupra bunăstării psihice a copiilor pe termen lung care evidențiază faptul că dezvăluirea acestora este mult mai benefică în comparație cu evitarea și întârzierea comunicării lor (Slavin și colab., 1982; Rosenheim, Reicher, 1985). Copiii au o cunoaștere corectă a oricărei situații care îi afectează, ceea ce poate intra în conflict cu drepturile și confortul emoțional al altora.

Copiii sunt dependenți în clarificarea lucrurilor de decizia adulților de a se implica în dezvăluirea și lămurirea acestor situații neplăcute. O dată clarificate veștile rele, copilul se va mobiliza în ceea ce trebuie să facă. Întrucât există și momente în care copiii sunt împinși

la izolare, confuzie şi anxietate, profesioniştii care lucrează cu copiii au misiunea de a crea un mediu suportiv şi fără prejudecăţi, de a discuta temerile lor şi de a le lămuri dilemele.

Copiii se simt cel mai bine în prezenţa celor cu care au o relaţie continuă bazată pe încredere şi care oferă siguranţă şi protecţie. De obicei, dar nu în toate cazurile, această persoană este un părinte. Pentru că, în cele mai multe situaţii, aceste persoane sunt şi ele afectate într-un fel sau altul de veştile rele, este necesar ajutorul unui profesionist cu experienţă în dezvăluirea lor. Acest profesionist poate oferi suport emoţional şi poate lămuri orice informaţie de care copilul are nevoie. Ideal ar fi ca orice profesionist care lucrează cu copiii şi este implicat şi în dezvăluirea veştilor rele să aibă o relaţie bună cu copilul şi cu celelalte persoane implicate. El trebuie să fie specializat în dezvăluirea veştilor rele atât copiilor, cât şi aparţinătorilor şi trebuie să răspundă reacţiilor lor ori să fie un bun cunoscător al psihologiei copilului aflat în suferinţă, al celorlalte persoane implicate şi al circumstanţelor situaţiei specifice, pentru a fi apt să răspundă eventualelor întrebări. El este pregătit să ofere sprijin emoţional imediat şi să continue dezvăluirile o lungă perioadă de timp, să se simtă capabil să facă faţă situaţiilor specifice.

Specialiştii implicaţi în munca cu copiii sunt puşi deseori în situaţii de dificultate. Copiii pot veni cu întrebări pe care le-au pus mai întâi părinţilor, iar pentru a verifica răspunsurile primite – dacă le primesc – testează şi opinia specialistului. În aceste situaţii, psihoterapeutul sau consilierul va încuraja copilul să-şi împărtăşească gândurile şi sentimentele folosind întrebări deschise: „Ce simţi în legătură cu asta?", „În ce mod te gândeşti la asta?". Răspunsurile şi atenţia acordate copiilor le întăresc sentimentul că ceea ce simt este luat în serios şi le oferă „permisiunea" să simtă ceea ce simt şi să gândească ceea ce gândesc. Adultul este perceput ca fiind o persoană pricepută şi disponibilă să înţeleagă situaţiile aşa cum se văd ele prin prisma ochilor de copil. Într-un mediu securizant, copiii au posibilitatea să-şi exprime sentimentele şi neliniştile, contribuind astfel la dezvoltarea propriului confort emoţional. „Cred că te frământă o problemă şi eu m-aş simţi mai bine să vorbim despre ceea ce se întâmplă şi ceea ce simţi tu în legătură cu asta." Poate urma o remarcă onestă în legătură cu cât de dificil este să ştii ce să spui, dar totuşi să faci unele sugestii pentru a-i asigura de un suport continuu: „Este într-adevăr dificil pentru mine să ştiu ce să-ţi spun. Cred că ar fi de mare ajutor dacă mama şi tata ar şti ceea ce gândeşti tu şi ceea ce simţi. Putem încerca să stăm de vorbă împreună, sau aş putea doar eu să am o întâlnire cu ei. Ce crezi despre propunerea mea?". Copiii care nu vor ca părinţii lor să se implice, încearcă în felul acesta să se protejeze de stări neplăcute. Uneori încearcă să se protejeze de ceea ce cred ei că ar putea fi răspunsul părinţilor. Toate aceste posibilităţi trebuie explorate împreună cu copilul. O modalitate de a răspunde şovăielilor copilului de a-şi implica proprii părinţi este aceea de a discuta cu el posibilul comportament al părinţilor, discuţie care poate sugera şi, uneori, confirma ceea ce ei ştiu deja. Incitând copilul la conştientizarea problemei (a ceea ce părinţii ştiu deja), se întăreşte nevoia acestuia de a face el primul pas către comunicare.

Comunicarea deschisă a veştilor rele trebuie încurajată, dar nu cu preţul tensionării relaţiei părinte – copil. În privinţa situaţiilor şi a circumstanţelor care provoacă suferinţă, este în general de folos, şi uneori chiar necesar, să-i informezi pe ceilalţi. Depinde de situaţia particulară – cine anume va fi informat. În orice caz, este de dorit să fie informaţi alţi membri ai familiei, personalul din şcoala în care învaţă copilul, conducătorii cluburilor din care copilul face parte etc. Aceasta ajută la promovarea şi răspunsul înţelegător faţă de „performanţele" comportamentale şi şcolare ale copilului şi, în acelaşi

timp, creşte suportul psihologic, reduce tensiunile existente şi alte efecte adverse ale posibilelor conflicte. În mod inevitabil, anumite persoane vor fi informate înaintea altora, dar întârzierile pot mări conflictul, chiar dacă numai temporar şi, de aceea, este bine ca acestea să fie evitate pe cât posibil. În cele mai multe situaţii, li se va spune şi celorlalţi copii din familie, dar există şi tendinţa de a exclude fraţii atunci când fratele sau sora lor este subiectul veştii proaste. Aceştia pot deveni vulnerabili faţă de efectele adverse ale conflictului şi este foarte posibil să se manifeste resentimente faţă de un frate sau o soră care primeşte atenţie specială fără un motiv aparent. Atunci când se consideră potrivit, copiii pot fi implicaţi în decizia de a le spune celorlalţi, mai ales când veştile rele se referă chiar la ei înşişi.

În momentul în care alte persoane au fost deja informate, copiilor trebuie să li se spună cine sunt aceste persoane şi ce li s-a spus despre ei. Când veştilor rele li se poate asocia stigmatizarea, trebuie avut grijă cui i se vor comunica acestea. Uneori, copiii şi familiile lor trebuie să facă faţă unui mediu social ce implică panică, teamă, dezinformare şi discriminare (Schaefer, Lyons, 1993, p. 135). Această indicaţie devine şi mai stringentă în situaţia în care vestea proastă este despre diagnosticul SIDA. Motivele de care trebuie să se ţină cont în selecţionarea persoanelor cărora li se spune şi ce anume li se va spune trebuie să fie explicate copilului. De exemplu: „X are o boală în sânge. Este o boală nouă şi oamenii nu au sentimente prea bune faţă de ea. Îi face să se teamă" (Schaefer, 1993, p. 135). Stabilirea unor circumstanţe ideale pentru când şi unde să dai veştile rele este dificil de realizat, dar următoarele sugestii pot fi reţinute şi aplicate acolo unde este posibil: „Mai degrabă mai devreme decât prea târziu." Dacă veştile rele sunt despre un eveniment care a avut loc deja sau care este pe cale să se întâmple, copiii sunt ajutaţi mult mai mult şi mai bine dacă li se explică situaţia ca atare. Chiar şi atunci când există incertitudini cu privire la ce s-a întâmplat sau urmează să se întâmple, întârzierea dezvăluirii este de natură a crea mai multă anxietate şi stres pentru toată lumea din jurul copilului. Studiile realizate arată că acei copii care au suferit de boli grave şi care au ştiut din vreme diagnosticul s-au adaptat mai bine decât copiii care au aflat adevărul despre ei cu mult mai târziu.

„Când toţi cei implicaţi sunt prezenţi." Se recomandă ca dezvăluirile să aibă loc când toţi cei ce sunt implicaţi în atare situaţii sunt de faţă.

„Atenţie maximă!" Timpul cel mai indicat pentru comunicarea veştilor rele este atunci când cei implicaţi sunt capabili să dea atenţie totală la ceea ce li se spune, când nu sunt prea obosiţi, prea bolnavi sau prea stresaţi. Locul ales trebuie să fie confortabil, liniştit, privat şi, pe cât posibil, ferit de orice fel de perturbări.

Context familiar: copilul, atunci când primeşte o veste rea, trebuie să fie în mijlocul unui mediu familiar, preferabil acasă, şi unde există multe lucruri personale (jucării, cărţi etc.) la îndemână.

„Acolo unde reacţiile şi răspunsurile nu vor fi inhibate." Locul unde veştile rele sunt dezvăluite nu va inhiba copilul în exprimarea emoţiilor sau în problematizarea situaţiei (întrebări, nelămuriri, dileme etc.).

„Staţi împreună după aceea." Veştile rele pot fi dezvăluite atunci când cei implicaţi sunt capabili să stea unul cu celălalt, cel puţin în perioada imediată după ce veştile rele sunt date. Este bine ca procesul de comunicare a veştilor rele să fie planificat şi pregătit cu mult timp înainte.

Toţi specialiştii implicaţi în munca cu copiii au obligaţia şi responsabilitatea profesională şi umană de a se pregăti în comunicarea veştilor rele. Ei trebuie să aibă abilitatea de a

găsi cea mai adecvată abordare la orice situaţie particulară. Acest proces implică introspecţie, empatie, planificare şi repetiţie. Ambele tipuri de dezvăluiri discutate (proactivă şi reactivă) pot fi anticipate şi apoi planificate.

Introspecţia. Adulţii implicaţi pot avea sentimente puternice referitoare la veştile rele şi, în acelaşi timp, pot fi implicaţi în procesul de dezvăluire. Controlul asupra acestor sentimente ar avea rolul de prevenire a eşecului dezvăluirilor. Asemenea rateuri în comunicarea veştilor rele se întâmplă mai ales când adulţii implicaţi sunt nepregătiţi pentru „cum să te exprimi şi cum să te comporţi în timpul dezvăluirilor".

Meditând la următoarele întrebări, se poate obţine clarificarea sentimentelor şi cristalizarea atitudinii faţă de astfel de situaţii: *Mă simt anxios pentru ceea ce s-a întâmplat ?* ; *Mă simt vinovat în vreun fel de ceea ce s-a întâmplat ?* ; *Sunt vulnerabil la o astfel de situaţie ?* ; *Voi fi blamat oare pentru veştile rele ?* ; *Voi blama pe cineva pentru veştile rele şi, dacă da, pe cine anume ?* ; *Bănuiesc oare care vor fi reacţiile copilului ?* ; *Este vreo reacţie pe care eu o consider dificil de lucrat cu ea ?* ; *Am sentimente puternice faţă de copil şi care sunt acestea ?* ; *Cred că altcineva ar putea să se descurce mai bine ?*

Empatia. Înseamnă anticiparea a ceea ce copilul este pregătit să simtă şi să gândească şi a modalităţii în care copilul poate reacţiona la veştile rele.

Planificarea. Desfăşurarea unei dezvăluiri nu poate fi niciodată prezisă cu o acurateţe completă. Adultul va răspunde întotdeauna nevoilor copilului şi nu va încerca să pună în aplicare într-un mod rigid un plan determinat, dar care nu este fezabil. Un bun profesionist şi cu experienţă în domeniu va putea selecta imediat modalitatea optimă de a trata o situaţie particulară.

Prin tehnica paşilor mărunţi, veştile rele vor fi introduse gradual şi progresiv, fiecare pas relevând puţin câte puţin din conţinutul veştilor. În felul acesta, copilul nu se va simţi singur pe parcursul întregului proces de comunicare a acestor mesaje nedorite. Prin această modalitate, copilul este pregătit treptat, printr-o serie de încercări (glume etc.), anumite părţi din dezvăluire făcându-se lent (trenant), astfel încât copilul să nu fie supus brusc unui şoc emoţional. Sprijinul emoţional poate fi dat atât verbal, cât şi nonverbal, ceea ce poate însemna atenţie, căldură, bunătate, afirmare.

Cei implicaţi în procesul de dezvăluire trebuie să fie, în momentul respectiv, apropiaţi unul de celălalt, de preferat să stea unul lângă altul. Copilul poate sta în braţele adultului şi chiar să se cuibărească la pieptul acestuia. Contactul vizual este important în timpul dezvăluirii şi ajută la întărirea prezenţei emoţionale a adultului, arătând disponibilitatea acestuia pentru căldură şi înţelegere. Copilului i se poate vorbi în linişte, cu un ton cald al vocii. Ceea ce spune un copil poate fi de la început ghidat de dorinţele şi nevoile lui. Procesul de emitere a veştilor rele este asimetric, iar receptorul (copilul) este încă nesigur pe sine şi, uneori, prea puţin conştient de ceea ce înseamnă în realitate esenţa veştilor rele.

Registrul preocupărilor copilului include de regulă următoarele întrebări: *Ce s-a întâmplat ?* ; *Ce se va întâmpla ?* ; *Este adevărat ?* ; *Va trebui să aştept ?* ; *Este vreo speranţă ?* ; *Voi fi blamat ?* ; *Pot face ceva mai bun ?* ; *Ce responsabilităţi am ?* ; *Cum pot fi de ajutor ?* ; *Pot să am încredere în oameni ?* ; *Pot să mă bazez pe observaţiile şi judecăţile mele ?* ; *Sentimentele mele sunt adecvate situaţiei ?*

Ca adult, trebuie să te aliniezi nevoilor şi dorinţelor copilului, legate de modul în care are loc dezvăluirea. În felul acesta se reduce posibilitatea ca dezvăluirea să fie dominată numai de percepţia adultului asupra situaţiei respective.

Capitolul V

Ce se întâmplă cu adolescenţii abuzaţi ?

Petruţa Coman

V.1. Abuzul familiei asupra adolescenţilor

Adolescenţa este perioada de trecere de la copilărie la viaţa de adult; este o perioadă care presupune schimbări, tulburări, restructurări, atât pentru adolescent, cât şi pentru familia în care acesta trăieşte. Aceasta este o etapă importantă a conturării personalităţii, a definirii valorilor morale ce apar la adolescenţi în contextul existenţei anumitor modele. Transformările fizice, profundele modificări somatice ale adolescenţilor pe fondul unor şi mai mari schimbări sociale atrag după sine comportamente particulare specifice acestei perioade.

Structurile sociale au suferit schimbări majore în ultimii ani, aşa încât familia – unitatea fundamentală a societăţii – a cunoscut şi ea transformări ce au survenit ca urmare a influenţei factorilor externi.

Există un grad crescut de agresivitate socială în această perioadă (a adolescenţei), agresivitate care afectează relaţiile sociale şi, într-o mare măsură, alterează relaţiile intrafamiliale. Forme grave ale acestei alterări, abuzul fizic, molestarea fizică şi sexuală, lipsa de comunicare, anomia morală continuă să fie disimulate pe parcursul unui număr mare de ani (I. Mitrofan, Ciupercă, 1998).

Protagoniştii principali ai acestei disimulări sunt în special copiii şi adolescenţii, victime ale violenţei intrafamiliale. Ei îşi asumă responsabilitatea pedepsei (în foarte multe cazuri), fie că sunt bătuţi, maltrataţi, abuzaţi sau chiar abandonaţi. Iată un astfel de caz:

L. este o adolescentă de 16 ani şi locuieşte cu mama, tata şi un frate de 10 ani. Tata are funcţia de maistru la o fabrică din oraş, iar mama este şomeră. Tatăl este „şeful" necontestat al familiei, fiind o persoană impulsivă, autoritară şi violentă. Mama nu are niciodată vreun cuvânt de spus în familie, mai mult, ea este la fel de vinovată atât de „greşelile" proprii, cât şi de greşelile copiilor. Familia lui L. se află într-un conflict interminabil, agresivitatea verbală şi cea fizică fiind principalele metode practicate în relaţiile intrafamiliale.

L. are probleme de adaptare şcolară (randament scăzut la învăţătură) şi socială (nu are prieten pentru că nu i se permite). Ea este retrasă, nu comunică şi nu spune ceea ce simte. Puţinele lucruri pe care le spune despre ea arată un nivel scăzut al stimei de sine: „Niciodată nu am mâncat bătaie degeaba; când greşeşti trebuie să fii pedepsit"; „Trebuie să-l iubesc, este tata!".

Datorită educaţiei din familie şi din şcoală, aceşti adolescenţi nu pot gândi urât despre părinţii lor şi, mai mult, consideră că nu au dreptul să se opună, pentru că dezaprobarea propriului părinte atrage după sine dezaprobarea propriei persoane, identităţi (Doyle, 1997). Consecinţele acestei atitudini duc la scăderea sau chiar pierderea stimei de sine, la o imagine negativă despre sine, la sentimente de inferioritate.

Un element important în cadrul definirii identităţii adolescentului este încrederea în sine, încredere ce ajută la o mai bună cunoaştere de sine. Cunoaşterea de sine se realizează prin percepţia valorilor individuale, a aşteptărilor şi a dorinţelor, dar şi a slăbiciunilor. Această imagine despre sine se formează şi variază în funcţie de experienţele pozitive sau negative pe care adolescentul le trăieşte în familie (în primul rând) şi în societate.

În situaţia în care adolescentul este victima oricărei forme de abuz (molestare, neglijare, agresare fizică, jignire, umilire, abuz sexual etc.) apare teama care duce la blocaj. El intră într-o stare de confuzie, această confuzie existând în relaţia cu familia, cu prietenii, cu profesorii, cu societatea în general, dar şi cu părintele agresor. Adolescentul se concentrează în acest caz pe supravieţuire, adică pe adaptarea la relaţiile defectuoase din cadrul familiei, şi pe părintele (părinţii) agresor(i). Dorinţa părinţilor de a controla în totalitate situaţia şi pe adolescent creează un mediu ostil şi împiedică orice efort al tânărului de a reduce dominaţia. Adolescentul devine izolat, dobândeşte complexul de inferioritate şi de nimicnicie, precum şi senzaţia că nu e bun de nimic.

A. are 15 ani şi a trecut, cu şapte ani în urmă, printr-un divorţ legal. Ea rămâne în custodia tatălui, iar sora ei mai mare în custodia mamei. Ambii părinţi s-au recăsătorit şi mai au câte un copil. Nu-i place la şcoală, singura motivaţie pentru a o frecventa fiind că pleacă de acasă. Se află în permanenţă în conflict cu mama ei vitregă cu care concurează pentru a atrage atenţia tatălui (persoană autoritară, agresivă verbal şi fizic cu toată familia, inclusiv cu A.). Are accese de gelozie în legătură cu sora ei mai mică (3 ani) cu care, de asemenea, concurează pentru afecţiunea aceleiaşi persoane – tatăl. Persoana pe care şi-a centrat ea atenţia este aşadar tatăl (agresorul) căruia încearcă să-i comunice prin excesul de eleganţă faptul că este matură, că a crescut. Relaţia tată – fiică este astfel un cerc vicios de demonstraţii: tatăl îi arată fiicei că trebuie să-l asculte, iar fiica îi arată tatălui că a crescut şi că poate să ia decizii de una singură, negând autoritatea lui: „ar fi culmea să-mi interzică" când ea, de fapt, se supune tatălui agresor şi acceptă poziţia de victimă.

Conceptul de familie este cunoscut: mama, tata, sora (mai mare); de aceea o percepe pe mama vitregă drept un „străin", „intrus", făcând permanent comparaţii cu mama naturală pe care o admiră, dar faţă de care se simte vinovată. Se simte bine în rolul de fată pentru că ştie că fetele au nevoie de protecţie. Are un sentiment de nesiguranţă (de aceea doreşte să fie protejată!) pentru că are concurenţi: mama vitregă şi sora mai mică, lucru care duce tot la tată, pe care încearcă tot timpul să-l mulţumească şi să-l impresioneze, dar care este veşnic nemulţumit că nu învaţă, că nu e decentă etc.; imaginea ei de sine s-a format în funcţie de afirmaţiile tatălui („Sunt rea, obraznică, nu-mi place la şcoală!").

Prezintă stări de insomnie, adoarme greu, mai ales că seara se simte cel mai singură; adoarme cu păpuşile de pluş care-i amintesc de mama ei naturală. Acesta este un semn al imaturităţii afective. Are probleme de adaptare pentru că nu are relaţii bune şi constante cu toţi „foştii" membri ai familiei: tatăl nu-i permite să-şi viziteze mama, aşa că, inevitabil, se simte vinovată faţă de aceasta din urmă, ca şi cum A. ar fi abandonat-o. Aceasta este şi cauza insomniilor: vinovată fiind de abandon, relaţia mamă – fiică se răstoarnă, astfel că fiica devine mama care abandonează copilul (de aceea îi este şi uşor să-şi asume rolul de sex).

Suferă de un complex de inferioritate („Sunt mai timidă, mai retrasă") şi pentru că nu place tuturor, cu toate că este conştientă că nici ea nu poate simpatiza toate persoanele din jurul ei.

A. are stări de anxietate şi atunci plânge, nu suportă pe nimeni în jurul ei şi se ascunde.

Chiar dacă părintele agresor nu are o legătură afectivă foarte puternică cu adolescentul, el se simte obligat să-l iubească pentru că este singura lui sursă de protecţie. În cazul în care adolescentul dezvoltă ataşament faţă de părinţi, abia după ce legătura este suficient de puternică începe abuzul. El arată loialitate, afecţiune şi ataşament faţă de „persecutor", aşa încât eventualii „salvatori" sunt respinşi. Metodele de corecţie aplicate (limbajul agresiv, umilirea etc.) îl fac pe adolescent să devină incapabil să facă faţă stresului situaţiei. Nu numai că nu este ostil în relaţie cu părintele agresor, dar de cele mai multe ori este de acord cu sugestiile şi pedepsele lui.

Lipsa competenţei şi maturităţii psihice la adolescenţi (şi copii) a dus la o distribuţie diferenţiată de putere, de responsabilităţi şi resurse între adolescenţi şi adulţi (Pilcher, 1995). Acest lucru are la bază ideea conform căreia copilul este „proprietatea" părinţilor (chiar şi femeile). Din nefericire, această idee guvernează încă sistemul educaţional din România începutului de mileniu.

Dragostea necondiţionată a părinţilor este necesară dezvoltării psihocomportamentale normale a adolescentului. Ea previne apariţia resentimentelor, a stării de frică, a mâniei, a disperării şi a neîncrederii la copil şi adolescent.

M. are 15 ani şi este obligată să accepte, de 3 ani, divorţul emoţional al părinţilor. Trăieşte în acelaşi apartament împreună cu părinţii ei, ea însăşi fiind motivul pentru care nu s-a ajuns la un divorţ legal. Climatul afectiv este lacunar, aproape inexistent, din cauză că ambii părinţi au relaţii extraconjugale.

M. se află în conflict cu mama ei (mama este agresivă verbal şi fizic, uneori), conflict care a dus la ruperea relaţiilor cu prietenii şi cu bunicii din partea tatălui.

Neîncrederea în ceilalţi este cauzată de faptul că mama are o relaţie de concubinaj cu tatăl celei mai bune prietene ale ei, relaţie ce durează de mai mulţi ani. Această relaţie a dus la divorţul părinţilor prietenei ei, ceea ce a speriat-o pe M. foarte tare. Reproşurile mamei („Pentru tine muncesc, pentru tine suport această situaţie") o fac pe M. să trăiască un sentiment de negare considerând că este mai sigur pentru ea să creadă că mama nu-i face rău, acceptând compromisul relaţiei lipsite de dragoste şi suport afectiv dintre părinţii ei.

Principalul mod de apărare a lui M. împotriva iubirii condiţionate a părinţilor ei este negarea existenţei sentimentelor în legătură cu aceştia. Acest lucru a făcut-o pe M. să se izoleze, să se închidă în sine, să nu comunice, să devină apatică.

Adolescentul care trăieşte drama iubirii condiţionate este, de obicei, într-o continuă stare de negare. Pentru el este mai sigur să creadă că părinţii care îl agresează (iubindu-l condiţionat!) nu vor să-i facă rău decât să recunoască realitatea. Relaţiile pe care le dezvoltă cu ceilalţi nu sunt profunde, el limitând comunicarea şi apropierea afectivă. Aceste relaţii sunt relaţii de tip egocentrist, cu scopul de a-şi apăra sinele. În această încercare de protejare a sinelui apar sentimente de teamă şi, în acelaşi timp, de mânie care pot fi inhibate sau întoarse împotriva celor care încearcă să-l ajute. Aceasta este situaţia în care adolescentul-victimă face front comun cu părintele împotriva lumii din afară, construind disimularea.

A.M. are 20 de ani şi locuieşte împreună cu mama şi fratele ei mai mic. La vârsta de 13 ani a fost violată de tatăl ei vitreg, când mama era plecată la serviciu în schimbul de noapte. A fost obligată să nu spună nimic timp de 2 ani, când A.M. a ajuns la spital în urma unei tentative de sinucidere. Mama ei a aflat despre acest eveniment de la psihologul spitalului.

A.M. nu a putut s-o ierte pe mama ei, considerând-o vinovată pentru că nu a apărat-o şi, mai mult, pentru că nu a crezut-o atunci când i-a relatat evenimentul.

A avut probleme de adaptare şcolară: frecvenţă redusă la ore, note mici, a repetat clasa a IX-a, a schimbat liceul; are tendinţe de izolare, insomnii, stări depresive, probleme de adaptare socială. Conflictele permanente cu mama ei au făcut-o pe A.M. să devină o persoană revoltată şi să se apropie de comportamentul delincvent.

Are relaţii cu sexul opus de scurtă durată, nefiind capabilă să le construiască, preferând să renunţe, să fugă, să se ascundă.

A.M. are o personalitate nevrotică, doreşte tot timpul să atragă atenţia, vorbeşte mult şi chiar lasă să se vadă că trăieşte în vid afectiv. Se simte responsabilă de eşecul fratelui ei la examenul de capacitate; şi-a asumat această responsabilitate pentru că o consideră pe mama ei iresponsabilă pentru vieţile lor, incapabilă să-i protejeze şi chiar să-i iubească. Ea resimte eşecul fratelui ei şi suferă din cauza acestuia ca şi cum ar fi propriul eşec; dacă nu poate fi capabilă de responsabilităţi pentru propria-i viaţă, atunci se obligă să fie responsabilă pentru viaţa fratelui ei.

A.M. are un comportament dominator în relaţie cu ceilalţi pentru că nu are încredere în sine şi nici în ceilalţi; deţinând controlul asupra situaţiei, ea micşorează riscul de a mai fi „folosită". Are momente în care oscilează între o părere bună şi una proastă despre tatăl ei vitreg. Uneori crede că a meritat abuzul pentru că „asta m-a maturizat". Lucrul acesta a dus la o furie pe care a întors-o împotriva sinelui şi a împins-o să trăiască sentimente de disperare şi depresie.

Serviciile de specialitate (consiliere) au ajutat-o să depăşească criza şi să-şi dorească să facă ceva pentru ea. Acum A.M. este studentă în anul I.

Mulţi adolescenţi opun rezistenţă violenţei de orice tip îndreptate împotriva lor; aceştia au un sistem valoric solid sau aderă cu tenacitate la un model comportamental, ştiind că există şi alte forme de comportament parental bazat pe comunicare care răspund nevoilor lor afective.

În cazul adolescenţilor care nu opun rezistenţă agresorului se instalează o apatie care duce la imposibilitatea de a mai căuta o cale de ieşire şi pur şi simplu la o acceptare a situaţiei. Unele studii arată că această apatie este de fapt o măsură de protecţie psihologică şi poate fi considerată aidoma unei „hibernări emoţional-tranziţionale".

În această situaţie, adolescenţii devin dependenţi de membrii familiei lor şi cred că merită să fie pedepsiţi; procesul de acceptare începe prin a fi de acord cu părintele agresor pe măsură ce depind tot mai mult de bunăvoinţa lui, prin a accepta valorile părintelui şi chiar prin a fi mândri de imitarea comportamentului agresiv al părintelui/părinţilor în relaţie cu ceilalţi.

M. are 14 ani şi este abuzat fizic (bătut) de mama sa. Locuieşte cu fratele lui mai mic (10 ani) şi cu mama, toate vacanţele petrecându-le la bunicii din partea tatălui. De la vârsta de 7 ani, M. (împreună cu fratele lui) depind material şi emoţional de mamă, tata refuzând să-şi asume orice responsabilităţe în legătură cu ei, după pronunţarea sentinţei de divorţ.

M. este bătut din diferite motive: „Mama zice că nu vreau să învăţ, că nu o iubesc; eu o iubesc, doamnă, însă ea nu vede asta. Ea vine nervoasă de la serviciu şi mă bate că nu am dus gunoiul sau am lăsat caietele pe masă". M. nu are puterea de a-şi exprima trăirile în relaţie cu mama lui. Emoţiile şi trăirile copleşitoare îl limitează pe M., il aruncă în situaţia de a fi „prizonier" în relaţie cu mama; acest lucru se datorează faptului că se află în situaţia unui abuz de lungă durată ceea ce duce la un proces de învăţare a unor atitudini care nu sunt conforme cu realitatea, un proces care se defăşoară anormal.

M. are rezultate proaste la şcoală, este izolat, debusolat, nu are încredere în nimeni şi nici în sine, se retrage speriat atunci când intenţionezi să-l atingi, apelează foarte des la minciună atunci când este pus să explice situaţii concrete de viaţă. Îi este ruşine de el şi de familia lui, se îndoieşte de toate lucrurile care îl reprezintă.

Metodele de disciplinare ale părinţilor din familiile unde se practică bătaia nu sunt în concordanţă cu educaţia care are la bază iubirea necondiţionată. Părinţii impun norme

care nu țin cont de valorile individuale ale copilului/adolescentului; acest fapt îl fac să conștientizeze că nu este iubit. El nu poate accepta disciplina și neagă valorile familiei, revoltându-se (în adolescență) sau supunându-se necondiționat, ceea ce atrage după sine achiziționarea unor sentimente de rușine, neîncredere, inferioritate, izolare, disperare (în multe cazuri).

Agresivitatea manifestată în relație cu copilul/adolescentul dezvoltă legături bazate pe șantaj emoțional, ceea ce formează în interiorul lui resentimente, mânie și agresivitate deopotrivă, indicând tulburări emoționale cu repercusiuni în viitoarele relații din viața de adult. Adolescenții nu prea vorbesc despre abuzul părinților asupra lor, pe de o parte, de frica unei viitoare bătăi, iar pe de altă parte, de rușine că sunt incapabili să „câștige" dragostea lor. Ei luptă în acest sens și cel mai sigur și mai la îndemână lucru este să accepte abuzul; mai mult, să se învinovățească pe ei înșiși că părinții nu-i iubesc. Ei luptă să devină valoroși pentru părinții lor, asumându-și roluri parentale, de „salvatori" și „susținători" ai familiei. În această situație, ei se simt responsabili pentru alții pentru că, dacă ar spune cuiva despre ceea ce li se întâmplă, s-ar putea ca părinții lor să fie judecați sau familia lor să se dezbine. Adolescenții se simt deopotrivă responsabili și vinovați, nefiind capabili să se simtă liberi în relație cu ceilalți.

- Când un părinte este bun, copilul/adolescentul se simte vinovat pentru ura pe care i-a purtat-o atunci când comportamentul lui nu era în concordanță cu normele impuse de părinte. Această situație este continuată de sentimente puternice de compasiune și milă, pentru că părinții arată neajutorare, având nevoie de dragostea și afecțiunea copilului/adolescentului. Când părintele este rău, copilul adolescent are sentimente de ură și dispreț față de părinți și față de el însuși, din cauză că s-a lăsat păcălit din nou de milă și compasiune (Pizzey, 1974).
- Există încă ideea că părinții sunt provocați de copii să-și manifeste comportamentul agresiv asupra lor. Copilul/Adolescentul și-a meritat pedeapsa pentru că și-a provocat atât de tare părinții, încât aceștia și-au pierdut controlul; în toate aceste cazuri, copilul/adolescentul este perceput ca un agent al abuzului (Doyle, 1997). El este obligat să-și asume vina, iar adulții se încoronează cu ideea că au fost „împinși" să-și piardă controlul.
- Aceeași situație (de provocare) este întâlnită și în cazul adolescentelor (adolescenților) abuzate(ți) sexual, mai ales când abuzatorul nu face parte din familie.

A. are 18 ani și a fost abuzată sexual la vârsta de 7 ani, de mai multe ori, de un văr din partea mamei (15 ani), când era în vacanță la bunici. A. a ținut ascuns acest eveniment până la vârsta de 14 ani, când agresorul a fost primit în familie pentru a-și urma studiile universitare. A. a fost amenințată, șantajată și obligată să întrețină relații sexuale cu acesta de mai multe ori și la această vârstă. Părinții nu au știut nimic despre A., dar au observat izolarea, teama de orice relație, crizele de plâns, lipsa de comunicare și disperarea care puseseră stăpânire pe ea.

A. și-a dezvoltat sentimentul de nonvaloare, de nimicnicie (timp de 2 ani) din cauza sentimentelor de rușine și de vină dobândite în urma abuzului sexual. Lipsa de concentrare asupra problemelor școlare, efortul susținut de a se integra în colectivul școlar, incapacitatea de a avea sentimente în relațiile ei cu colegii și chiar cu părinții (chiar incapacitatea de a stabili relații cu cei din afara ei) au făcut-o să țină la distanță oamenii și, mai mult, au convins-o să ducă povara secretului de una singură.

Părinții ei asistau neputincioși în fața manifestării trăirilor negative, la frustrările și comportamentul ei regresiv. În momentul când A. a hotărât să aibă o relație cu un bărbat (27 de ani), părinții i-au interzis, motivând imaturitatea ei emoțională și afectivă.

A. trăia o situație de coșmar; obligația de a păstra secretul suferinței ei coroborată cu interdicția de „a fugi" într-o relație în care să se simtă protejată au făcut-o să mărturisească

„taina", argumentându-le astfel părinţilor „maturitatea" pe care ei nu o puteau percepe. Părinţii au fost uimiţi, consternaţi, oscilând între a crede că A. a spus adevărul sau a minţit, între vina că nu au avut grijă de unicul copil şi neputinţa de a rezolva în vreun sens această situaţie sau, mai grav, a o învinovăţi pe A. că l-ar fi provocat pe abuzator.

A. este studentă în anul I (Jurnalism) şi, în urma apelării familiei la serviciile de specialitate (consiliere), a fost ajutată să depăşească situaţia de criză, iar părinţii stimulaţi să-i ofere suport afectiv şi dragoste, în încercarea de a o ajuta să-şi descopere resursele proprii pentru a se maturiza emoţional şi afectiv.

În toate cazurile de abuz asupra copiilor/adolescenţilor s-a constatat că aceştia dobândesc un sentiment de neajutorare învăţat din experienţele traumatizante la care au fost (şi sunt) supuşi. Martin Selingman (1975) prin experimentul său a arătat că, dacă animalele – şi poate şi oamenii – încearcă să evadeze dintr-o situaţie de abuz (prizonierat) şi nu reuşesc să o facă, vor renunţa într-un final la încercările de evadare, chiar şi atunci când apare o posibilitate reală în acest sens.

Unii adolescenţi, victime ale abuzului de orice tip, caută ajutor indirect; în situaţia în care părinţii nu pot înţelege mesajele lor, ci, mai mult, continuă să aplice metode de corijare a comportamentului care nu ţin cont de identitatea lor, ei vor renunţa să ceară ajutor. Alţii au curaj să spună în mod direct ce simt în legătură cu bătaia, umilirea, jignirea (în cazul în care abuzul vine din partea părinţilor); părinţii însă nu pot accepta să se schimbe, nu pot accepta că pot greşi şi, mai mult, nu ştiu sau nu sunt capabili să le ofere protecţia de care au nevoie.

Teoriile behavioriste arată că educaţia copiilor ţine de mediul în care trăiesc, fiind o problemă care depinde doar de împrejurări (Doyle, 1997). În procesul educaţional ei primesc recompense pentru comportamentele bune şi pedepse pentru cele rele. În această situaţie, copiii şi adolescenţii vor căuta plăcerea, evitând pe cât posibil durerea (fizică sau psihică) ce rezultă în urma pedepsei; ei îşi construiesc astfel un mecanism de adaptare la situaţie care poate fi de cele mai multe ori fals, înşelător, căci în realitate lucrurile sunt mult mai complexe: uneori, un adolescent abuzat poate accepta durerea şi suferinţa pentru că se simte deosebit, alteori pentru că nu vrea să piardă dragostea celuilalt părinte sau a celorlalţi membri ai familiei sau, asumându-şi roluri parentale, acceptă durerea în virtutea unor responsabilităţi ce susţin eforturile lui de adaptare la situaţie etc. M. a motivat durerea şi disconfortul în relaţie cu mama lui prin credinţa sinceră în şansa de a „câştiga" dragostea ei şi, mai mult, siguranţa pe care el o are cu ceea ce îi este familiar.

Adolescenţii neglijaţi afectiv sau abuzaţi sunt incapabili să caute să schimbe ceva în situaţia lor; sunt incapabili să exploreze lumea (sau li se interzice acest lucru!) sau se inhibă în a acţiona, de teamă să nu fie responsabili de destrămarea familiei. Ei îşi înfrâng astfel aspiraţiile, dorinţele şi acceptă neputinţa de a mai încerca ceva nou – schimbarea. O dată cu trecerea anilor, abuzul duce la stagnarea emoţională, dezvoltând dependenţa de „celălalt".

Adolescenţii abuzaţi rămân (în cele mai multe dintre cazuri, dar sunt şi excepţii) dependenţi emoţional, imaturi afectiv şi dacă reuşesc să plece de lângă părinţi, pot deveni dependenţi de partenerul de viaţă (şi chiar să abuzeze de el). Ceea ce este grav este că adolescenţii abuzaţi pot fi generaţia de mâine de părinţi abuzivi: dependenţa afectivă învăţată din relaţia cu părinţii lor va fi transferată în relaţie cu copiii proprii, aşa încât îi vor obliga să le satisfacă nevoile emoţionale. Iubirea posesivă transformă copilul într-un obiect propriu (aşa cum ei au fost transformaţi la rândul lor) ceea ce duce la împiedicarea, înfrânarea mecanismelor de maturizare afectivă a viitorului adult.

Partea a III-a

CUM DEBLOCĂM ŞI REARMONIZĂM CURSA DEZVOLTĂRII UMANE

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul I

Ce este psihoterapia copilului?

Iolanda Mitrofan, Elena Otilia Vladislav, Marina Badea

I.1. Câteva repere conceptuale

În concepţia noastră, obstacolele şi blocajele în cursa dezvoltării umane se exprimă prin tulburări şi dificultăţi adaptative, psihice, familiale şi sociale, iar calea dezamorsării, rezolvării şi depăşirii lor o constituie consilierea şi psihoterapia copilului şi a familiei sale.

Psihoterapia copilului s-a dezvoltat iniţial ca ramură a psihoterapiei adultului, însă a cunoscut o serie de delimitări datorate cunoaşterii mai profunde a dinamicii dezvoltării personalităţii. Deşi există multe sisteme psihoterapeutice, care se deosebesc atât în ceea ce priveşte baza teoretică, cât şi modul în care funcţionează relaţia şi comunicarea dintre terapeut şi copil, în toate tipurile de terapie sunt importante înţelegerea semnificaţiei unui anumit tip de comportament, precum şi învăţarea copilului să facă mai bine faţă problemelor sale emoţionale şi sprijinirea maturizării personalităţii. Posibilităţile de acţiune a psihoterapiei sunt mult mai mari la copil şi adolescent datorită nefinisării mobilităţii structurii psihice şi potenţialului dinamic evolutiv, caracteristice vârstei, ale căror efecte maturizante şi compensatorii pot completa acţiunea terapeutică.

Carl Rogers vorbea de funcţia sanogenetică ce există în fiecare persoană şi care aşteaptă, în cazul celor cu tulburări psihice, să fie reactivată. Accesul la această funcţie sanogenetică poate fi mai uşor în cazul copiilor decât la adult şi datorită faptului că rezistenţele şi mecanismele lor de apărare nu sunt foarte puternice. De asemenea, se consideră că acum sunt posibile corectarea unor mecanisme de apărare distorsionate, deblocarea altora, eliminarea eventualelor stagnări, regresiuni, deviaţii în formarea personalităţii.

După Jerome Franc şi Judd Marmor (*apud* Holdevici, 1996) toate terapiile au câteva aspecte comune:

- relaţia apropiată, de încredere între terapeut şi copil;
- libertatea emoţională: terapeutul încurajează copilul să-şi elibereze şi să-şi exprime sentimentele;
- învăţarea cognitivă şi experienţială: direct sau indirect, terapeutul încearcă să-l înveţe pe copil moduri diferite şi adaptative de comportament;
- practica: terapeutul încurajează copilul să folosească noul mod de gândire, noul tip de comportament şi de simţire în activităţile zilnice.

În *psihoterapia experienţială*, scopul final este de a-l ajuta pe copil să fie conştient de sine şi de existenţa sa în lume. Se urmăreşte deblocarea procesului de evoluţie normală, ajutând copilul să intre în contact cu nevoile sale neconştientizate, realizarea unei mai bune acceptări de sine ca persoană şi în relaţie cu lumea. Se consideră, în acest sens, că, în baza conştientizării, autoacceptării şi a dreptului de a fi aşa cum eşti, organismul poate creşte, iar intervenţia forţată retardează acest proces. Psihoterapia va avea astfel un efect pozitiv asupra comportamentului etic al copilului, asupra responsabilităţii şi filosofiei lui de viaţă. Terapeuţii experienţialişti cred că oamenii au un impuls natural spre sănătate, iar creativitatea, umorul şi spontaneitatea sunt privite ca aspecte ale unei bune sănătăţi psihice.

Psihoterapia îi ajută pe copii într-o varietate de moduri: primesc suport emoţional, îşi înţeleg sentimentele şi problemele, îşi rezolvă conflictele cu alţi oameni, încearcă noi soluţii la problemele vechi. Sarcina terapeutului este să-i ajute pe copii să vadă lumea din jurul lor aşa cum este ea în realitate. Se doreşte ca ei să ştie că au posibilitatea să facă alegeri în viaţa lor, şi unele alegeri sunt imposibil de făcut. Un terapeut gestaltist, Arnold Beisser, a lansat paradoxul schimbării care spune că „schimbarea survine când cineva devine ceea ce este în prezent, şi nu când devine ceea ce nu este". În acest sens, este important pentru copil să fie ajutat să devină conştient de sine ca persoană întreagă (senzaţii fizice, corp, emoţii, gânduri, dorinţe şi posibilităţi) şi abia apoi să i se faciliteze schimbarea, iar nu să i se impună modelul de schimbare al terapeutului. Psihoterapia nu este pedagogie, ci mai curând o artă în care sunt îmbinate tehnicile şi cunoştinţele teoretice cu experienţa, creativitatea, flexibilitatea terapeutului.

Dar se poate pune întrebarea: de ce îşi schimbă copiii modul lor de a fi în terapie când o puteau face înainte? Există mai multe motive; cel mai important este că terapeutul creează o relaţie caldă, de încredere cu copilul şi el se simte destul de în siguranţă pentru a alege alternative de a gândi şi acţiona. Securitatea emoţională a acestei relaţii cu terapeutul dă copilului un sens al siguranţei şi îi permite să încerce să riste un mod nou de a simţi şi de a se comporta. Este foarte uşor să folosim termeni ca „relaţie caldă şi de încredere", dar uneori este foarte greu să construieşti şi să menţii o astfel de relaţie.

Un factor de influenţare de prim-ordin este aşadar relaţia terapeutică. Pentru asigurarea succesului terapiei, este necesar ca terapeutului să-i placă copiii, să-i respecte, să realizeze o relaţie de încredere, să dezvolte o atitudine empatică, onestă şi deschisă în relaţiile cu copiii. El trebuie să poată fi direct, fără a fi deranjant, şi amabil, fără a fi prea indirect şi permisiv; trebuie să dea dovadă de flexibilitate. De asemenea, terapeutul trebuie să cunoască modul cum se dezvoltă şi învaţă copiii şi să înţeleagă momentele importante care corespund fiecărui nivel particular de vârstă. În cazul copilului şi adolescentului trebuie ţinut cont de particularităţile psihologice şi neurofiziologice proprii, de fundalul motivaţional şi de necesităţile relaţionale specifice etapei cronologice respective.

Terapeutul trebuie să fie familiarizat cu tipurile de dificultăţi de învăţare care afectează copilul, cauzate adesea de factori emoţionali. El trebuie să cunoască lucrul cu dinamica sistemului familial şi să aibă în atenţie mediul care îl influenţează pe copil – casa, şcoala, alte instituţii în care este implicat –, precum şi lucrul cu expectaţiile culturale manifestate faţă de copil. Atunci când este cazul, se intervine în modificarea mediului în care trăieşte copilul şi psihoterapia este combinată şi cu metode educaţionale şi tehnici comportamentale.

Pentru a reuşi o relaţie bună cu copilul, terapeutul trebuie să aibă simţul umorului şi să permită copilului jucăuş şi expresiv din el să se manifeste liber. Este important ca el să creadă în mod ferm că fiecare copil este un unicat, o persoană valoroasă.

Tratamentul copilului porneşte de la nevoile sale specifice, de la problemele sale emoţionale şi situaţiile obiective în care el se află. Realitatea copilului este mai importantă decât tehnica şi teoria terapeutului.

I.2. Obiectivele şi desfăşurarea procesului psihoterapeutic

Procesul de lucru cu copilul este unul curgător, amabil, prietenos. Fiecare terapeut îşi va găsi propriul stil în realizarea unui balans între sesiunile directive şi ghidate, pe de o parte, şi cele permisive, în care să-l lase pe copil „să conducă", pe de altă parte. Deoarece tratamentul fiecărui copil este unic şi diferit, procesul terapeutic trebuie să fie un proces foarte flexibil. Totuşi, el urmăreşte o progresie, care are un început, un mijloc şi un sfârşit, şi terapeutul trebuie să fie conştient de această etapizare şi de structura pe care o impune terapiei, structură care spune că anumite probleme trebuie tratate într-o anumită ordine.

Toate aceste stadii au ţeluri comune:

- primul este reducerea problemelor emoţionale sau de comportament al copilului;
- al doilea este îmbunătăţirea adaptării la şcoală, în familie sau cu egalii;
- al treilea este îmbunătăţirea stimei de sine.

Diagnoza şi strângerea de informaţii se fac permanent în cadrul demersului terapeutic. În plus, fiecare fază a procesului terapeutic are ţelurile ei specifice.

Prima fază

Ţelul primei faze este stabilirea alianţei terapeutice într-un mediu securizant, predictibil, care-i permite copilului să se dezvăluie pe sine. Prima sesiune este foarte importantă în realizarea alianţei terapeutice. De aceea, trebuie să fie o experienţă plăcută pentru copil, pentru ca el să-şi dorească să revină la cabinet. Aceasta şi pentru că părinţii sunt cei care decid venirea la cabinet, iar copilul poate fi la început refractar, speriat sau nemotivat pentru relaţia terapeutică. Prima întâlnire este momentul stabilirii unei relaţii de încredere cu copilul. El poate vedea dacă terapeutul este un participant corect şi imparţial, interesat de fiecare membru al familiei şi în special de copil. Cei mai mulţi terapeuţi afirmă că este necesar ca atunci când familia vorbeşte despre copil el să fie de faţă, chiar dacă nu-şi spune şi el punctul de vedere. Astfel, copilul este împiedicat să fantazeze, să se îngrijoreze cu privire la presupusele lucruri rele ce se spun despre el. Terapeutul nu trebuie să-i vorbească copilului „de sus", să-l neglijeze sau să-l trateze ca pe un obiect despre care se discută. În această situaţie, copilul descoperă că terapeutul este interesat de el, îl vede, îl aude, îl tratează cu respect, vorbeşte cu el în mod serios şi nu priveşte problema sa ca pe un fapt dificil.

Primele sesiuni au şi o valoare diagnostică: se strâng informaţii din mai multe surse (copil, familie, şcoală, medic de familie), se formulează ipotezele şi obiectivele terapeutice. Însă terapeutul continuă să strângă informaţii de-a lungul tratamentului şi poate avea surpriza deformării informaţiilor iniţiale, transformării sau îmbogăţirii obiectivelor în timp. Chiar în prima sesiune, terapeutul este interesat de motivele pentru care este adus copilul la cabinet. Acesta, aflându-se într-o relaţie de strânsă dependenţă faţă de părinţi, şcoală sau autorităţi nu se prezintă spontan la consultaţii, ci este adus de părinţi

în urma unui şir de incidente, conflicte latente sau manifeste. Puţini părinţi solicită ajutor psihologic pentru copiii lor în cazul când aceştia prezintă uşoare elemente simptomatice în comportament. Cei mai mulţi se îndreaptă spre cabinetul de psihoterapie atunci când situaţia începe să fie dificilă, uneori insuportabilă, atât pentru copil, cât şi pentru părinţi. Chiar dacă părinţii nu sunt direct afectaţi de comportamentul copilului, ei trăiesc disconfort, anxietate sau simt că trebuie să facă ceva în această privinţă. Uneori, părinţii îşi aduc copiii la terapie pentru că aceştia au suferit incidente traumatice (abuz, molestare, accident, moartea sau îmbolnăvirea cuiva drag) şi doresc să fie siguri că sentimentele trăite de copil nu-l vor copleşi şi nu vor avea efecte negative pe termen lung. Alteori, şcoala sau medicul de familie îi îndrumă pe părinţi spre psihoterapie. Doar ocazional, copiii se adresează ei înşişi terapeutului şi aceştia sunt mai ales adolescenţi. Terapeutul observă încă de la început dacă problema este a copilului, dacă el o acceptă, sau este a părinţilor sau a profesorilor.

O sursă importantă de informaţii este observarea relaţiilor dintre părinţi şi copil (şi fraţi eventual) în timp ce ei sunt în cabinet. Primul lucru de observat este proximitatea fizică. Copilul şi părinţii stau împreună sau separaţi? Dacă stau împreună, se află în contact fizic şi aparent dependent, legaţi unii de alţii? Dacă stau despărţiţi, indică aceasta o lipsă a contactului emoţional sau o independenţă sănătoasă? Apoi se observă dacă copilul se mişcă liber prin cameră sau părintele îi controlează comportamentul. Ce reacţie au părinţii la comportamentul copilului lor? Cere acesta aprobare când vorbeşte? Vorbeşte liber sau este blocat de prezenţa părinţilor? Îl lasă părinţii să vorbească sau răspund în locul lui? Plecând de la aceste informaţii, terapeutul formulează ipoteze cu privire la măsurile educative pe care părinţii le aplică copilului, la alianţele şi la conflictele intrafamiliale.

Când rămâne singur cu copilul, terapeutul îl informează despre ceea ce presupune relaţia terapeutică. Cea mai bună modalitate de a face aceasta este să i se explice copilului în termeni practici, ca de exemplu : „Când ne vom întâlni vom vorbi despre multe lucruri, inclusiv despre problemele tale, şi uneori putem să ne folosim de desen, de modelaj, de jocuri şi jucării. Astfel, pot învăţa ceva despre tine şi te pot ajuta să te simţi mai bine, în special dacă eşti speriat sau nefericit".

Prima sesiune este momentul când i se explică copilului confidenţialitatea. Aceasta are două consecinţe importante: în primul rând, copilul simte că primeşte un respect special şi se va raporta pozitiv la terapeut şi la terapie, şi în al doilea rând, copilul va avea libertatea de a fi deschis cu terapeutul său şi, cu cât începe să facă asta mai devreme, cu atât mai bine. În general, prima sesiune este un moment în care terapeutul încearcă să promoveze stima de sine a copilului şi valorizarea propriei persoane.

Pentru o abordare bună, copilul este lăsat să vorbească despre lucrurile de fiecare zi sau despre orice altceva doreşte, pentru că aceasta îi va permite să se simtă mai liniştit. Terapeutul trebuie să răspundă la nivelul de înţelegere a copilului, să folosească termeni pe care el să-i înţeleagă, să evite încercarea de a generaliza, de a comenta sau de a interpreta ce se ascunde în spatele celor spuse de copil. Cel mai important este să asculte şi să fie interesat. Chiar dacă copilul se simte bine în această interacţiune, terapeutul trebuie să fie atent să nu se concentreze prea direct pe simptomele copilului, în special pe cele stânjenitoare, cum ar fi udatul patului sau furtul. Dacă copilul devine iritat când se abordează anumite situaţii, terapeutul devine flexibil şi schimbă discuţia, îi respectă disponibilitatea. Înseamnă că ori este prea devreme acum să se forţeze o discuţie posibil stresantă, ori problema atinsă este prea dureroasă pentru copil. De asemenea, terapeutul

trebuie să evite să învinuiască copilul sau să ia parte la dezacordul părinte - copil, făcând alianţă cu vreunul dintre ei. Se pot folosi acum testele de desen (familie-casă-copac, persoană) sau jucăriile, în funcţie de vârsta copilului.

Din evaluarea psihologică, anamneză, interviul preliminar cu părinţii şi cu copilul, terapeutul defineşte obiectivele terapeutice. Iniţial, se pot desprinde trei tipuri de obiective: din perspectiva părinţilor, din perspectiva copilului şi din cea a terapeutului, care se află în grade diferite de apropiere sau de depărtare, însă o dată cu progresul terapiei ele se apropie din ce în ce mai mult, dând o coerenţă procesului terapeutic. Obiectivele se pot şi schimba pe măsura progresului terapeutic.

A doua fază

A doua fază a psihoterapiei este formată din şesiunile de mijloc, care au un focus diferit. Acestea ocupă, de obicei, cea mai mare parte a tratamentului şi se concentrează pe problemele personale, pe problemele de zi cu zi, cu intensificarea relaţiei terapeutice. Este momentul în care are loc cel mai important demers terapeutic.

Copiii prezintă adesea blocaje în comunicarea verbală, se simt stingheriţi sau opun rezistenţă în a-şi exprima direct trăirile interioare sau nu le conştientizează. Folosirea tehnicilor expresive contribuie la eliminarea acestor blocaje, şi copiii îşi pot dezvălui direct sau simbolic sentimentele, trăirile şi credinţele în mod deschis, ceea ce duce la integrarea personalităţii. Experienţele integrative implică recunoaşterea sentimentelor reprimate şi concilierea dintre conştient şi inconştient. Aceste tehnici încurajează proiecţia. Ceea ce copilul exprimă prin desen, modelaj, povestiri arată fanteziile sale proprii, anxietăţile, fricile, frustrările, atitudinile, patternurile de comportament şi de gândire, impulsurile, resentimentele, dorinţele, nevoile şi sentimentele sale. Adesea, proiecţia va fi singura cale prin care copilul vorbeşte despre el. De exemplu, el poate spune prin intermediul unei marionete lucruri pe care nu le va spune niciodată direct. (Notă: tehnica utilizării marionetelor facilitează medierea procesului de explorare şi analiza terapeutică.) Însă este extrem de important modul cum terapeutul manipulează acest material. Explicarea şi interpretarea sunt considerate fără temei, dacă nu sunt direct percepute şi simţite de copil.

Terapeutul experienţialist nu-i interpretează copilului materialul pe care acesta îl oferă prin proiecţie, deşi el traduce pentru sine ceea ce aude şi vede pentru a ghida interacţiunea sa cu copilul. Astfel, terapeutul trebuie să-şi dezvolte o bună relaţie între Eul său actor şi Eul său spectator. Cu alte cuvinte, el se află, pe de o parte, implicat activ în dialogul şi jocul cu copilul, fiind o prezenţă stimulatoare şi, pe de altă parte, observă şi, atunci când este nevoie, direcţionează firul procesului terapeutic, neuitând care sunt scopul şi sensul terapiei.

Prin realizarea de asociaţii între tehnicile expresive şi situaţiile din viaţa reală a copilului sau, altfel spus, prin echilibrarea elementelor din joc, fantezie şi desene cu constrângerile realităţii, creşte capacitatea copilului de a fi conştient de sine şi de existenţa sa în lume.

Tehnicile expresive stimulează creativitatea copilului, iar creativitatea umană este limbajul primar pentru realizarea *insight*-ului şi vindecării. Pentru unii copii şi în special pentru cei mici, nu este necesar să-şi verbalizeze *insight*-urile, descoperirile şi să-şi conştientizeze modificările din comportament. Adesea pare suficient să-şi manifeste deschis comportamentul şi emoţiile blocate care au interferat cu procesul lor de creştere

emoţională. Apoi, ei pot începe să integreze moduri mai bune de comportament, să facă mai bine faţă frustrărilor, pot începe să relaţioneze mai bine cu egalii şi cu adulţii din viaţa lor. Ei vor începe să experimenteze stări de calm, bucurie şi valoare de sine.

Tehnicile sunt numeroase, dar ele nu trebuie utilizate ca nişte reţete, nu trebuie privite ca un scop în sine. Terapeutul păstrează întotdeauna în minte că fiecare copil este o persoană unică şi că procedura sau tehnica este doar un catalizator al procesului terapeutic. Copilul direcţionează cum să se lucreze cu el şi orientează spre ceea ce are el nevoie. Secretul este ca terapeutul să fie receptiv şi deschis, gata să-i primească mesajul şi să-i permită să-l transmită.

Uneori, terapeutul se poate simţi deranjat de ceva din comportamentul copilului şi atunci este important să discute cu copilul despre aceasta, atât pentru coerenţa sa interioară, cât şi pentru imaginea pe care o are în ochii copilului care simte când ceva îi este permis sau nu, dar are tendinţa să testeze limitele persoanelor cu care interacţionează.

Este important pentru copil să simtă că terapeutul este o persoană puternică pe care se poate baza, căreia să i se încredinţeze, şi nu una uşor de manipulat sau prea permisivă.

Prin faptul că terapeutul îl înţelege, îl acceptă şi este sincer cu el, copilul învaţă să se autoaccepte şi să crească şi să se dezvolte emoţional. Un bun terapeut asistă şi acompaniază copilul în procesul evoluţiei sale.

Fiecare sesiune terapeutică este impredictibilă, depinde de copil şi de situaţie. Uneori, terapeutul pregăteşte tehnici pe care copilul le refuză şi atunci nu trebuie să forţeze, ci să-i respecte limitele. Rezistenţele nu sunt întotdeauna date de negativismul copilului, ci este bine să se ţină cont de faptul că experienţele de viaţă l-au învăţat pe acesta să se apere şi să se opună când ceva este prea greu, prea mult sau prea periculos pentru el. În psihoterapia experienţială se consideră că în fiecare „perete de rezistenţă" se află noi arii de creştere. Este un lucru similar celui pe care Fritz Perls (creatorul gestalt-terapiei) îl numea „impas". El credea că atunci când intrăm într-un impas oferim persoanei posibilitatea să fie martoră la procesul de renunţare la vechile strategii şi să trăiască cu sentimentul că nu mai are suport. Atunci opune rezistenţă şi vrea să fugă. Astfel, de fiecare dată când apar rezistenţele, vom şti că nu suntem într-o luptă cu o graniţă rigidă, ci într-un loc care poate fi lărgit, la limita unei noi modalităţi de expresie, a unei noi descoperiri. Terapeutul poate trata direct frica ce se ascunde în spatele rezistenţelor sau poate să-i permită copilului să decidă pentru el însuşi când este gata să riste ceva care este dificil pentru el.

În terapie se vorbeşte de trei tipuri de schimbări:

- schimbări comportamentale, care se referă la schimbări în modul în care copilul se comportă şi acţionează, cum relaţionează cu alţi oameni sau obiecte din spaţiul său de viaţă.
- schimbări cognitive, care se referă la capacitatea de a se înţelege pe sine şi pe cei din mediul său, de a distinge între ceea ce este important de ceea ce nu este important.
- schimbări emoţionale - schimbări în confortul, fericirea şi satisfacţia copilului. Ele sunt cruciale în terapie.

Cum copilul este o unitate, aceste aspecte sunt legate între ele astfel încât, atunci când el începe să înţeleagă ceva diferit, se va comporta diferit, va simţi ceva diferit. Similar, când începe să schimbe felul în care simte, el se va comporta diferit şi va înţelege diferit situaţia. În tratament nu trebuie deci ignorată relaţia dintre aspectele cognitive, emoţionale şi comportamentale ale copilului.

De asemenea, schimbările sunt de suprafață, direct observabile și manifeste în comportamentul copilului, și de profunzime, cu acțiune latentă la nivelul personalității acestuia, și care se instalează abia la un oarecare interval de la sfârșitul curei psihoterapeutice.

A treia fază

Încheierea terapiei poate fi un moment dificil pentru copil din mai multe motive și poate prezenta probleme care se centrează în jurul separării, pierderii unei relații importante și a încrederii în sine. De aceea, încheierea terapiei nu se face brusc, ci copilul trebuie pregătit pentru acest lucru. Un bun moment de stopare a terapiei este atunci când se atinge un platou în schimbare. Este semn că nu se mai poate avansa în terapie și copilul are nevoie de a integra și de a asimila în propriul său mod de maturizare și de creștere schimbările care au avut loc ca rezultat al terapiei. Uneori, acest platou este un semn de rezistență ce trebuie respectat. El are nevoie de mai mult timp, de mai multă forță, poate avea nevoie să se deschidă când va fi mai în vârstă. Însă terapia nu trebuie să se încheie niciodată în mijlocul unei crize. Chiar dacă respectivul copil este pregătit să sfârșească terapia, terapeutul trebuie să-l ajute să facă față mai întâi crizei.

Există anumite chei de a cunoaște când trebuie oprită terapia. Una este aceea când comportamentul copilului s-a schimbat prin raportare la școală, la părinți și la egali. El începe să fie implicat în activități exterioare – cluburi, fotbal, prieteni –, semn că terapia începe să-l plaseze pe drumul vieții sale. O alta este momentul în care se produce o răceală în relația sa cu terapeutul și materialul din sesiunea de terapie este din ce în ce mai puțin productiv din punct de vedere terapeutic. Copiii înțeleg vag conexiunea dintre problemele lor emoționale și terapie. Ei sunt egocentrici și aprecierea lor este emoțională: ei agreează sau nu terapeutul și terapia. Aceasta face ca atât timp cât se implică în terapie ei să vină cu plăcere la cabinet. Când devin plictisiți și doresc să petreacă mai mult timp cu prietenii, relația terapeutică răcindu-se emoțional, este semn că se apropie sfârșitul terapiei.

Scopul ultimei etape în terapie este consolidarea și întărirea câștigurilor obținute, terapeutul întrebându-se dacă copilul poate promova sau menține aceste câștiguri. Pentru a putea face aceste predicții, terapeutul trebuie să privească dincolo de schimbările simptomatice și să se focalizeze pe schimbările care au avut loc în funcționarea emoțională a copilului.

Terapeutul american Robert Leve (1995) ne oferă un ghid de întrebări pe care și le pune înainte de a ști dacă este momentul oportun pentru finalul terapiei. Este bine să se cunoască dacă:

- problemele emoționale ale copilului sunt sub control. Copilul a învățat să-și controleze comportările impulsive și are o mai bună toleranță la frustrare;
- nivelul de gândire a copilului este adecvat vârstei. Copilul normal trebuie să aibă o bună înțelegere a cauzei și efectului, să fie realist în judecarea situațiilor și să fie capabil să discrimineze importantul de neimportant în viața sa;
- nivelul fanteziei copilului este adecvat pentru încheierea terapiei. Fanteziile adecvate vârstei indică creativitate, sunt un mod natural de a lucra cu conflictele și, în general, un semn al adaptării și creșterii emoționale. Un copil normal recunoaște diferența dintre fantezie și realitate. În acest caz, fanteziile au un sens psihologic în faptul că servesc un scop, încearcă să reducă o temere sau să exprime o dorință conștientă sau inconștientă. Aceste fantezii sunt indicații pozitive pentru încheiere. Fanteziile dezorganizate, bizare sau discontinue sunt slabi indicatori prognostici;

- copilul are abilitatea de a învăţa din traume emoţionale. Acesta este unul dintre cele mai importante câştiguri terapeutice care indică încheierea. Terapeutul observă şi compară modurile în care copilul se adapta la schimbările care aveau loc în viaţa sa la începutul terapiei cu modul în care face faţă unor schimbări similare în momentul prezent. Când copilul poate tolera aceste schimbări şi chiar poate beneficia de ele, el a învăţat reacţii emoţionale noi şi mai adaptative care anunţă o prognoză pozitivă pentru viitor;
- copilul poate să-şi revină din traume emoţionale. Viaţa oricărui copil este plină de supărări, dar copiii normali au abilitatea de a trece peste aceste experienţe şi de a se întoarce la un echilibru emoţional normal. Abilitatea de a se reface emoţional este un prognostic foarte bun pentru încheiere.

Părinţii trebuie să-şi ajute copiii să menţină câştigurile terapeutice. Ei sunt o parte integrantă a tratamentului încă de la început şi rolul lor este esenţial în menţinerea tratamentului şi atingerea unor ţeluri pozitive. Terapeutul stabileşte o alianţă de colaborare cu părinţii în care aceştia sprijină tratamentul copilului lor prin aducerea la timp la cabinet, prin furnizarea de informaţii necesare despre funcţionarea copilului la şcoală şi în familie şi prin lucrul cu terapeutul în obţinerea unei înţelegeri empatice a nivelului de dezvoltare a copilului, a trăsăturilor de personalitate şi a problemelor sale personale.

Terapeutul îi ajută pe părinţi în managementul problemelor, învăţându-i să întâlnească nevoile copilului în mod adecvat, să-şi recunoască interacţiunile maladaptative cu copilul lor şi să înveţe alte moduri de relaţionare şi comunicare mai adaptative. De asemenea, unii părinţi sunt ajutaţi să se adapteze schimbărilor realizate de copiii lor prin terapie, care presupun o mai mare independenţă şi asertivitate.

*
* *

Această scurtă prezentare a specificului demersului terapeutic cu copii va folosi cititorului drept grilă în înţelegerea cazurilor clinice descrise mai departe. Deşi fiecare caz este unic, toate au în comun principiile teoretice şi metodele de lucru specifice terapiei experienţiale.

I.3. Cum abordăm copiii prin metode şi tehnici experienţiale (expresive şi gestalt-creative)

Desenul ca abordare diagnostică şi terapeutică a copilului

Cunoaşterea universului interior al copilului beneficiază de un ajutor considerabil din partea tehnicilor expresiv-creative de investigaţie şi terapie, dintre care desenul serial, modelajul, jocul cu nisip, exerciţiul mimico-pantomimic şi drama-terapeutic, improvizaţia muzicală, exprimarea prin dans şi mişcare sunt cel mai frecvent utilizate de consilierii şi psihologii specializaţi în problemele copilului.

Desenul liber sau tematic constituie o cale foarte potrivită de evaluare a personalităţii în formare a copilului şi a problemelor sale emoţionale, precum şi a relaţiilor sale cu

familia, a traumelor pe care le-a suferit, a nivelului de anxietate existenţială, a capacităţilor şi a dificultăţilor sale de a se adapta la mediul social.

Cum şi cât poate fi decriptată lumea subiectivă a copilului mic prin desen? Pe ce se bazează valoarea diagnostică şi terapeutică a acestui mijloc expresiv?

Răspunsul acestor întrebări este dat de valoarea simbolică a desenelor ca „vehicole" şi „activatori" de informaţie psihologică inconştientă sau de mesaje pe care copilul este incapabil de a le exprima verbal, ci doar afectiv-imagistic, prin intermediul liniilor grafice, culorilor, formelor, poziţiilor şi dimensiunilor personajelor sau obiectelor desenate. Mecanismul psihologic prin care conflicte inconştiente nerezolvate, probleme incomunicabile, atitudini şi sentimente faţă de persoanele importante din viaţa sa, frustraţii şi anxietăţi, blocaje şi suferinţe reprimate sunt devoalate îl constituie *proiecţia*. În alţi termeni, problemele ascunse, neconştientizate, reprimate sau negate, îngropate în abisurile inconştientului sunt exprimate într-o manieră simbolică, adesea transparentă, în produsele creaţiei artistice a subiectului şi sunt atribuite (proiectate) în elementele acesteia şi relaţiile dintre aceste elemente. Astfel, personajele unei poveşti inventate de copil, dramatizate de el împreună cu alţii sau prin jocul de marionete ori pur şi simplu redate grafic sunt investite cu semnificaţii, emoţii, sentimente şi gânduri pe care copilul le trăieşte în legătură directă cu evenimentele vieţii sale, cu relaţiile sale cu familia şi alte persoane semnificative din viaţa sa.

Atât desenele, cât şi jocurile sunt considerate drept cele mai relevante modalităţi de expresie a primilor ani de viaţă, ele oferind date importante despre inteligenţa şi afectivitatea copilului. În mod special, desenul liber, spre deosebire de desenul după model (preferat în şcoala tradiţională), îndeplineşte rolul unei veritabile creaţii care exprimă spontan viziunea personală a copilului asupra mediului înconjurător şi prin aceasta se instituie într-un veritabil test psihodiagnostic al personalităţii lui.

Dintre testele proiective bazate pe desen utilizate special în psihodiagnoza copilului sunt:

Testul „omuleţului" (Goodenough) care oferă indicii asupra nivelului intelectual al copilului. În funcţie de nivelul său de maturitate psihomotrică, de percepţia propriei scheme corporale şi de proiectarea sa în desenul unui omuleţ, aceşti indici pot fi semnificativi pentru dezvoltarea cognitivă, evaluată concret prin gradul de perfecţiune şi completitudine a desenului, prin echilibrul general şi bogăţia detaliilor.

Testul „femeii plimbându-se prin ploaie" (testul H. Fay) solicită o integrare mai complexă a unor elemente ale desenului liber ce permit evaluarea nivelului de inteligenţă.

Testul desenului liber al lui G. Minkowska (reprezentând personaje sau orice altceva) permite aprecierea modului particular de percepţie a copilului în două tipuri distincte: tipul senzorial şi tipul raţional. La tipul senzorial, modalitatea de realizare a desenului nu este prea precisă, dar detaliile sunt legate unele de altele printr-un viu dinamism. Tipul raţional, dimpotrivă, are o manieră mai precisă de a desena. Fiecare element, obiect şi fiinţă sunt redate riguros şi adesea simetric, dar fiecare este izolat, imobil şi fără nici o legătură cu restul desenului. Dar desenul liber ne oferă şi indicii privind viaţa afectivă a subiectului prin intermediul analizei conţinutului.

Testul „desenului figurii umane" (K. Machover). Autoarea pleacă de la modificarea testului „omuleţului" propunând desenarea succesivă a două persoane de sex diferit.

Testul „casă-copac-persoană" (în engl. H-T-P *house-tree-person*), al lui J.N. Book, îmbogăţeşte situaţia proiectivă, având două etape de lucru: momentul creator nonverbal (realizarea unui desen prin folosirea celor trei elemente indicate) şi momentul verbal,

interpretativ (în care copilul este solicitat să descrie, să definească şi să interpreteze ceea ce a desenat). Această a doua etapă creează asociaţii libere deosebit de relevante pentru cunoaşterea problemelor emoţionale şi relaţionale ale copilului. Din acest desen pot fi înţelese modul în care percepe copilul mediul înconjurător, proiecţia propriului său mod de a fi şi simţi în raport cu sine şi cu alţii.

Testul „desenului familiei" (utilizat de mai mulţi autori clasici – F. Minkowska, M. Porot, Cain şi Gomila, N. Appel, F. Barcellos, N. Fukada) este relevant pentru cunoaşterea raporturilor pe care le are copilul cu familia, ele fiind decisive în formarea personalităţii sale. M. Porot considera că simpla observare a desenului unei familii permite cunoaşterea sentimentelor reale pe care copilul le faţă de ai săi, situaţia în care are se plasează în cadrul familiei sale, relaţiile dintre membrii familiei şi impactul lor asupra copilului din perspectiva acestuia. Dimensiunile personajelor familiale, centralitatea şi excentralizarea lor în spaţiul grafic, distanţele dintre membrii familiei şi dintre figurile centrale şi copilul investigat sunt elemente de diagnostic importante şi totodată factori de suport pentru o discuţie relevantă de conştientizare şi chiar de optimizare a raporturilor perturbate din familie. Din această ultimă perspectivă, testul familiei poate constitui şi o tehnică provocativă utilizată în terapia cu familia copilului cu tulburări emoţionale şi de comportament. Utilizat mai ales ca probă de cunoaştere, testul familiei poate fi folosit pentru declanşarea unui dialog, ghidat de întrebări de genul: „Povesteşte-mi despre familia pe care ai desenat-o. Unde se află ei? Ce fac ei? Hai să vorbim despre fiecare personaj din această familie. Ce rol are fiecare? Ce vârstă? Ce sex? Ce face fiecare? Ce simte, ce gândeşte fiecare? Ce vrea fiecare? Care este cel mai simpatic dintre toţi? Dar cel mai antipatic? Care este cel mai amabil? Dar cel mai puţin drăguţ? Care este cel mai fericit, dar cel mai puţin fericit? Tu pe cine preferi dintre ei?". Se pot, de asemenea, discuta situaţii care să provoace proiecţii interesante: „Dacă tata propune o plimbare cu maşina, dar nu este loc pentru toţi, cine este cel care va rămâne acasă?".

În timpul probei se pot observa reacţiile afective ale copilului, mai ales inhibiţiile şi refuzul de a desena sau vorbi despre anumiţi membri ai familiei sau chiar despre sine, jena sau teama faţă de unele personaje, resentimentele, ostilitatea. Se urmăresc oscilaţiile afective, trecerile de la tristeţe la veselie, mânia, nemulţumirile faţă de unele personaje, izolarea şi sentimentul de autodevalorizare sau de insecuritate. Elemente ca egocentrismul şi autocentralitatea, redate grafic prin dimensiunile exagerate, sublinierile şi detaliile suplimentare, precizia grafică a trăsăturilor unor personaje, precum şi estomparea, absenţa, imprecizia desenării altora pot fi uşor identificate şi decriptate ca semnificaţie. Alegerea culorilor pentru sine şi anumite persoane nu este nici ea întâmplătoare. Desenarea în culori vii, luminoase, sau terne, întunecoase, este în directă legătură cu emoţiile şi sentimentele copilului faţă de persoanele desenate, iar preferinţa lui pentru desenul alb-negru ne poate sugera blocaje emoţionale, elemente de depresie, retragere sau lipsă de rezonanţă afectivă, dificultăţi de exprimare a sentimentelor şi trăirilor. În finalul discuţiei, copilul este întrebat dacă este mulţumit sau nu de desenul pe care l-a făcut şi dacă ar dori să schimbe ceva sau să îl mai facă o dată, aşa cum i-ar plăcea lui acum. Noul desen poate furniza date suplimentare despre relaţia cu propria familie, despre aşteptările copilului şi sperantele sale. Orice omisiune sau deformare a unui personaj într-un sens sau altul ne aduce date preţioase din punctul de vedere al cunoaşterii lumii sale interioare, dar şi al comportamentului său în raport cu aceste personaje ce exprimă simbolic relaţiile sale în familie.

O altă posibilitate este reprezentarea grafică a familiei prin simboluri sau animale, pe baza unui exerciţiu analogic. Copilului i se cere să-şi imagineze membrii familiei altfel decât oameni şi să-i deseneze aşa cum doreşte el. Ei pot fi pete de culoare, linii, forme, obiecte ori animale sau orice l-ar ajuta pe copil să-i reprezinte. Se pot provoca apoi dialoguri între anumite părţi din desen aflate în contrast sau în opoziţie (o pată colorată poate sta de vorbă cu o pată neagră, un animal mic intră în dialog cu unul mare şi puternic, unul supărat cu unul vesel, unul curajos cu unul fricos etc.). Atunci când o anumită parte din desen este subliniată sau îngroşată, haşurată, i se acordă o importanţă mai mare în interpretare. În acest scop, se adresează întrebări ajutătoare copilului pentru a-şi clarifica raporturile şi sentimentele cu elementul simbolic respectiv, după caz: „Ce gândeşte acest triunghi/plantă/animal? Încotro se duce? Ce vrea să facă? Ce i se va întâmpla?" etc. Valoarea acestor tehnici este nu numai diagnostică, ci şi educaţional-terapeutică. Copilul învaţă să-şi comunice mai adecvat şi în mod spontan sentimentele, dorinţele, învaţă să-şi conştientizeze mai clar poziţiile şi atitudinile, dar şi să-i înţeleagă mai bine pe cei cu care intră în contact sau pe cei cu care are dificultăţi de contact şi de comunicare. Efectul constă într-o mai bună socializare şi maturizare emoţională.

Alte modalităţi tehnice de investigare şi terapie cu suport expresiv (pictural, grafic) întregesc registrul testelor de desen propriu-zise. Acestea asociază exerciţiile de fantazare, asociaţiile creative şi sugestive cu redarea prin desen sau prin pictură a sentimentelor şi stărilor trăite „aici şi acum", a perceperii spaţiului interior şi a identităţii proprii, de către copil. Redăm în continuare câteva dintre aceste modalităţi de lucru expresiv-metaforice.

• Desenul lumii interioare din linii, figuri şi culori: Copilul este rugat să închidă ochii şi să pătrundă în lumea lui interioară – „Vezi cum îţi apare lumea ta dinăuntru. Cum o poţi reda pe hârtie folosind doar linii, curbe şi figuri? Vezi ce culori apar în lumea ta, în spaţiul tău interior... unde este plasat fiecare lucru şi unde te afli tu acolo. Acum desenează tot ce ţi-ai imaginat...".

• Pictura sentimentelor din acest moment: I se cere copilului să realizeze o pictură cu degetele de la mâini sau chiar de la picioare care să reprezinte starea lui din momentul respectiv sau starea lui când este fericit ori supărat (în funcţie de scopul propus). Pictura cu degetele are calităţi relaxante prin angajarea tactil-kinestezică şi oferă satisfacţie şi uşurinţă în exprimarea sentimentelor, în mai mare măsură decât pictura cu instrumente. Culorile alese, fluiditatea mişcării, tonurile şi consistenţa petelor de vopsea oferă indicii interesante privind afectivitatea, în vreme ce modalitatea grafică de exprimare corelează mai mult cu nivelul şi calitatea cogniţiilor (percepţii, reprezentări, idei).

• Imaginarea şi desenarea unei „tufe de trandafiri" (exerciţiu utilizat de V. Oaklander, 1988, p. 32): I se sugerează copilului să închidă ochii şi să-şi imagineze că este o tufă de trandafiri. Pentru ca asociaţiile libere să fie stimulate, psihologul orientează fluxul imaginativ al copilului prin întrebări de genul: „Ce fel de tufă de trandafiri eşti tu? Eşti foarte mică? Eşti foarte mare? Eşti groasă? Eşti subţire? Ai flori? Dacă da, ce fel sunt florile tale, ce culoare au? Au multe flori sau câteva? Sunt boboci? Au frunze? Cum arată ele? Cum sunt rădăcinile tale? Sau poate nu ai? Sunt lungi şi puternice sau plăpânde? Sunt răsucite? Ai spini? Unde te afli tu? Într-o grădină, într-un parc, într-un oraş, într-un deşert? Eşti într-un ghiveci sau creşti direct din pământ sau prin ciment? Ce este în jurul tău? Sunt şi alte flori sau eşti singur? Sunt copaci, animale, păsări, oameni? Arăţi tu ca o tufă de trandafiri sau ca altceva? Este ceva în jurul tău ca un gard? Dacă da, cum apare el? Sau eşti într-un loc deschis? Cum este să fii o tufă de

trandafiri? Cum supravieţuieşti tu? Are cineva grijă de tine? Cum este vremea acum pentru tine?". Apoi, copiii sunt rugaţi să deschidă ochii şi să deseneze tufa lor de trandafiri. Se discută cu ei ulterior, dacă ceea ce şi-au imaginat şi reprezentat prin desen are vreo legătură cu viaţa lor reală. Astfel, sunt aduse la lumină o serie de situaţii şi trăiri din viaţa copilului, relevante pentru înţelegerea, evaluarea şi terapia sa, când este nevoie.

• Desenul serial este o metodă individuală de lucru cu copilul cu dificultăţi comportamentale şi de adaptare, practicată de J.A.B. Allan (1988) în scop psihoterapeutic. Metoda este de inspiraţie jungiană şi implică o serie de 12 şedinţe a câte 20-25 de minute fiecare, o dată pe săptămână, când i se cere copilului să deseneze un tablou, în prezenţa consilierului-psiholog. Desenul serial a fost utilizat într-o varietate de situaţii: de la instituţiile de ocrotire la practica privată de evaluare şi de consiliere în şcoli, dar poate fi folosit şi pentru cunoaşterea şi psihoterapia copilului preşcolar cu probleme.

Încă din 1959, C.G. Jung accentua importanţa analizării desenelor „în serie", de-a lungul timpului, analiza doar a uneia sau două lucrări fiind insuficientă pentru înţelegerea persoanei şi pentru terapia sa. J.A.B. Allan constata că, atunci când un copil desenează în prezenţa terapeutului, potenţialul de vindecare este activat, conflictele sunt exprimate şi rezolvate treptat, iar terapeutul poate câştiga o viziune clară şi mai exactă asupra inconştientului copilului. •Cadrul cabinetului de consiliere şi ritmicitatea efectuării desenelor în acest cadru, totdeauna la aceeaşi oră, creează un ritual cu funcţie terapeutică – un spaţiu „sanctuar" şi un timp în afara timpului obişnuit. Acestea împreună cu o alianţă terapeutică pozitivă încurajează creşterea psihică şi transformarea. Din perspectivă jungiană, aceste condiţii activează în inconştient mersul spre vindecare.

•Fantasmele şi imaginile produse astfel simbolizează şi concretizează prin forme tangibile, cum ar fi desenele, dar şi modelajul, punerea în scenă sau povestirea, facilitând astfel evoluţia psihică. Hârtia devine astfel locul sigur în care sunt plasate proiecţiile, în timp ce simbolurile şi imaginile devin recipiente pentru emoţii variate. Astfel, sentimentele pot fi exprimate în siguranţă şi prin aceasta în inconştient se produc noi imagini, sentimente şi stări. Desenul în serie jalonează drumul copilului spre pacea interioară, în funcţie de natura traumei sau a conflictului psihologic (*apud* Schaefer, 1988, p. 98).

•Allan observa că unii copii încep desenul serial prin a produce imagini de suferinţă, alţii imagini reparatorii (ale vindecării), în timp ce alţii redau imagini stereotipe în desen. Unii copii petrec mult timp cu imagini dureroase, în vreme ce alţii se îndreaptă direct spre imagini ale vindecării, părând a nu avea nevoie să-şi împărtăşească durerea. Alţii apar blocaţi, stăruind într-o ambivalenţă intens conflictuală, între dorinţa de a creşte şi dorinţa de distrugere. Patternurile expresive devin vizibile doar în timp, de aici rezultând natura serială a acestei abordări terapeutice.

Adesea, în desenul serial, un copil poate prezenta o temă simbolică, pe care o reia în mai multe desene, perseverent. Alteori, imaginea aleasă se schimbă de mai multe ori în forma sau în funcţia ei, semn al unei evoluţii de la violenţă şi distrugere la echilibrare şi funcţionare sănătoasă. Astfel, într-un caz citat de autorul menţionat, o fetiţă de 6 ani abuzată sexual desena constant dormitoare şi băi în care se aflau persoane expunându-şi organele genitale şi angajate în raporturi sexuale. La sfârşitul tratamentului prin desen serial, imaginea dormitoarelor şi băilor se menţine, dar persoanele desenate „dormeau fiecare în patul său, camerele păreau curate şi luminile aprinse".

Utilizarea desenului serial evidenţiază trei stadii principale în aplicarea metodei pe copiii cu tulburări şi dezorganizări moderate. Fiecare stadiu reflectă anumite imagini sau teme tipice.

În stadiul inițial, între prima și a 4-a ședință, desenele reflectă:

- o viziune globală asupra lumii interioare a copilului;
- pierderea controlului intern și prezența sentimentelor de disperare și deznădejde;
- stabilirea unui raport inițial cu consilierul, care uneori este încorporat într-un desen în forma simbolică a uriașului prietenos, a pilotului de avion, a doctorului sau asistentului.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a ședință, conținutul desenelor poate reflecta:

- expresia unei emoții în forma ei pură;
- conflictul între contrarii (rău/bine) și izolarea sentimentelor ambivalente;
- adâncirea relației dintre copil și ajutorul său; la sfârșitul acestei faze, copilul folosește desenul pentru a comunica direct despre problema dureroasă sau pentru a dezvălui un secret.

În stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a ședință, copilul tinde să deseneze:

- imagini care reflectă sensul stăpânirii de sine, al autocontrolului și valorizării;
- scene ce reflectă o imagistică pozitivă: absența războiului, violenței, luptei, distrugerii;
- simbolul central al sinelui (autoportret, forme de mandale);
- scene umoristice;
- tablouri ce reflectă deplasarea legăturii de atașament de la consilier către alte persoane.

Pentru a exemplifica modul în care poate fi folosită metoda desenului serial în cunoașterea și psihoterapia copiilor vom prelua de la J.A.B. Allan două cazuri cu probleme severe de comportament în colectivitatea preșcolară și școlară. Exemplele se referă la doi copii, unul de 6 ani și celălalt de 7 ani, care proveneau din familii destrămate.

Băiețelul se mutase de 14 ori în viața lui, iar fetița fusese abandonată de mama sa, nemaiavând nici un contact cu ea.

Conținutul desenelor pe parcursul terapiei. Desenele din stadiul inițial ilustrează lumea internă a celor doi copii. Băiețelul înfățișează camioane izbind mașini mici, omorând persoane, trecând peste benzile șoselei și făcându-se praf în casele de pe cealaltă parte a șoselei. Desenele fetiței prezintă întreaga lume „în flăcări", vulcani peste tot, cutremure de pământ rupând lumea în bucăți, case aruncate în aer, oameni prinși în ele, rachete și bombe explodând. Tema centrală în ambele cazuri este devastarea și dezastrul.

Desenele reflectă sentimente de deznădejde. Temele primelor trei desene sunt revelatoare pentru efectul traumei legate de incompetența, incapacitatea și insecuritatea copiilor provocate de adulții importanți ai vieții lor. Astfel, lipsa ajutorului transpare clar din desenele fetiței, care se reprezintă prinsă într-un munte în timpul unui cutremur. Apar unele încercări rudimentare ale eroilor de a încerca să scape distrugerii sau să facă ceva pozitiv. Oricum, în această fază, forțele distructive sau negative câștigă întotdeauna.

Din comentariul copiilor rezultă că persoanele prinse ies din munte, dar sunt ucise cu pietre, iar pe șoseaua desenată de băiețel, ciocnirile dintre mașini sunt permanente.

Desenele reprezintă un mijloc de stabilire a contactului inițial cu terapeutul.

Frecvent, copiii folosesc desenele pentru a începe să construiască o relație cu terapeutul. Băiatul a început să deseneze multe elicoptere și aeroplane zburând peste

şosea. Apoi el a desenat hărţi şi labirinturi şi a încercat să provoace consilierul pentru a găsi ieşirea: „Pariez că nu ştii cum se iese din labirint...". La rândul ei, fetiţa a continuat să-i ceară consilierului: „Poţi ghici ce am desenat?". Părea că de fapt, în subtext, copiii întreabă: „Mă înţelegi? Ştii ce mi s-a întâmplat? Eşti destul de deştept ca să mă ajuţi?". Fetiţa îi cerea totdeauna consilierului să-i scrie numele în faţa desenului.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a şedinţă, desenele tind să ilustreze următoarele:

Expresia unei emoţii în formă pură. Este faza în care anumite sentimente dureroase sunt separate de celelalte sentimente şi exprimate în forma pură. De exemplu, băiatul a continuat să deseneze autostrăzi, dar şi-a simbolizat depresia lui prin desen: „Camionul a dispărut într-o groapă mare, în mijlocul şoselei". Fetiţa şi-a exprimat intensitatea furiei printr-un desen ce înfăţişa un uriaş revărsându-şi mânia pe gură, iar într-o lucrare ulterioară a reflectat tristeţea şi mâhnirea ca „o armată a furnicilor care cară o lacrimă uriaşă într-un loc sigur, ca să poată fi spartă fără a răni pe cineva".

O luptă cu sentimentele ambivalente. Desenele următoare au arătat deopotrivă forţe pozitive sau negative, coexistând ca egale. Astfel, într-un desen, apare un buştean prăbuşindu-se la pământ, încărcat cu explozive, dar se previne omorârea în aer a mii de păsări. Într-un alt desen, un copac rău aruncă o suliţă spre un erou, dar un om de zăpadă va pune repede un scut între acesta şi suliţă.

Adâncimea relaţiei cu cel care ajută – consilierul. Acesta apare acum într-un desen ca imagine a ajutorului, a salvatorului. Băiatul a desenat un om într-un elicopter care aduce butuci pentru a repara gropile din şosea, precum şi provizii.

Fetiţa a desenat un uriaş binevoitor care salvează un băiat din inundaţia care a venit pe pământ, după foc.

Destăinuirea problemelor profunde. Prin stabilirea relaţiei terapeutice, copilul începe să aibă încredere în cel ce-i oferă ajutorul şi împărtăşeşte unele gânduri şi sentimente profunde. Băiatul îşi defineşte starea („sunt trist") şi vorbeşte despre supărarea lui în legătură cu desele schimbări de domiciliu, că i-a fost greu să-şi facă noi prieteni, ca apoi să-i piardă şi despre teama pe care o încearcă la noul cămin, la grădiniţă, la şcoală. Fetiţa a desenat un copil care a încercat să se sinucidă pentru că mama lui a plecat definitiv şi a comentat că el încă se gândeşte la sinucidere câteodată. În acest moment important al terapiei, consilierul i-a spus: „Cred că atunci când mama ta a plecat de acasă a fost într-adevăr foarte dureros pentru tine, ca şi în momentele în care îţi doreai să mori ca să nu mai simţi atâta durere. Îmi pare bine că îmi spui despre aceste simţăminte".

Stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a şedinţă: o dată ce sentimentele cele mai adânci şi mai dureroase au fost exprimate simbolic şi destăinuite verbal, ele tind să se mişte repede spre rezolvare. Desenele tind să reprezinte:

Imagini ale stăpânirii, ale autocontrolului şi ale valorizării. Pentru băiat, traficul pe autostradă revine la normal, toate maşinuţele şi camioanele vor merge lin, benzile şoselei nu sunt încălcate, reparaţia drumului e terminată, apar chiar turnuri de control pentru a păstra ordinea şi „a ţine un ochi atent asupra traficului".

Manifestarea imageriei pozitive. Nu mai sunt războaie, conflicte, explozii. Fetiţa desenează o scenă însorită, cu arbori exotici şi zâmbete pe toate feţele.

După o serie de desene în care apar elemente de umor, copiii desenează o linie. Tot acum apar şi mandalele, sub forma cercurilor, pătratelor sau triunghiurilor, în jurul imaginii centrale. Treptat, ataşamentul se deplasează de la terapeut către alte persoane, lucru vădit în desene; copiii spun de obicei: „Nu mai vreau să vin aici", iar terapia încetează.

Imaginile pozitive interioare au fost restabilite, iar problemele comportamentale nu au mai fost semnalate.

Din studiile cazuistice menţionate mai sus rezultă valoarea incontestabilă a desenului serial, nu numai ca mijloc de evaluare a stărilor şi problemelor copilului în dificultate, dar şi ca un suport terapeutic de excepţie. Atragem atenţia însă că utilizarea acestei metode ţine în primul rând de competenţa psihologului analist, cu formaţie de psihodiagnostician şi consilier, a cărui prezenţă în orice instituţie cu profil educaţional este o necesitate. Desigur, pedagogii şi educatorii pot apela la rândul lor la desene, ca mijloace promiţătoare pentru semnalarea unor probleme ale copiilor, pentru exprimarea sentimentelor lor şi stimularea comunicării nonverbale, dar nu trebuie să se hazardeze în a interpreta sau provoca discuţii irelevante şi chiar periculoase prin diletantism. Este bine ca ei să fie deschişi în a colabora cu specialiştii psihologi ai copilului, pentru ca împreună să găsească cele mai adecvate moduri de evaluare şi asistenţă.

Desenul liber. Desenul liber este cerut de obicei la începutul terapiei. Copiii doresc mai curând să deseneze sau să picteze ceea ce vor ei decât să li se spună ce să facă. În această manieră, ei ordonează lumea în modul în care doresc şi sunt mult mai dispuşi să coopereze la instrucţiunile viitoare. Când copiii desenează liber şi fără nici o indicaţie, ei exprimă o parte din propria personalitate, îşi eliberează propriile sentimente şi atitudini care ar fi putut fi inhibate şi ascunse. Această exprimare de sine şi această libertate a gândirii şi acţiunii reprezintă de altfel primul ţel al intervenţiei terapeutice.

După ce copilul şi-a terminat desenul, terapeutul poate ghida procesul terapeutic pe mai multe căi. De exemplu:

1) Copilul este încurajat să-şi verbalizeze gândurile şi sentimentele pe care le-a trăit în timpul efectuării desenului.
2) Copilul poate realiza o poveste plecând de la desen, poate descrie desenul în propriul său mod.
3) I se cere copilului să descrie desenul ca şi când el ar fi desenul, să folosească pronumele personal „Eu". De exemplu: „Eu sunt acest desen. Am linii roşii peste tot şi un mic pătrat în interiorul meu".
4) Terapeutul selectează lucrurile specifice din desen şi-l ghidează pe copil să se identifice cu ele. De exemplu: „Fii micul pătrat şi descrie-te cum arăţi, care este rolul tău etc.". Pentru a ajuta procesul, i se pot pune copilului întrebări ajutătoare: „Ce faci tu?", „Ce ai închis tu?".
5) I se poate cere copilului să realizeze un dialog între două părţi din desen.
6) Se încurajează copilul să dea atenţie culorilor. De exemplu: „Gândeşte-te asupra culorilor pe care le-ai folosit. Ce-ţi transmit culorile strălucitoare? Dar cele întunecate?". Toate aceste modalităţi de lucru terapeutic conduc spre revelarea sinelui copilului şi spre autoexprimare.

Urmează apoi munca de identificare, terapeutul ajutând copilul „să se recunoască" atunci când este exprimat prin desen sau prin părţi din desen. Se folosesc întrebări de tipul: „Tu te-ai simţit vreodată aşa?", „Ai făcut vreodată acest lucru?", „Se potriveşte asta cu viaţa ta în vreun fel?". Copiii nu-şi recunosc întotdeauna problemele. Lor le este frică să facă acest lucru şi se pot retrage în ei înşişi, prefăcându-se că nu aud întrebările terapeutului. Ei exprimă astfel că au nevoie de mai mult timp până să se simtă în siguranţă, să se autodezvăluie.

Jocul „Desenul unei povestiri". Este o tehnică creată de Steward Gabel, care combină tehnica Squiggly a lui Winnicott (unde copilul şi terapeutul desenează alternativ forme şi se întorc la ele acordându-le o semnificaţie terapeutică) şi „Tehnica povestirii mutuale" a lui Richard Gardner.

În acest joc interacţional, terapeutul desenează primul o simplă linie pe hârtie şi-l direcţionează pe copil să traseze alte linii pentru a realiza un desen. După ce termină, copilul este întrebat: „Ce este acesta?" sau „Ce se petrece aici?", şi se poate porni astfel o discuţie mai îndelungată.

După această fază iniţială, copilul este rugat să traseze primul linia pe foaia de hârtie. Apoi, terapeutul încorporează această linie într-un desen care este o urmare a desenului copilului şi apare astfel realizată o secvenţă de desene care, eventual, devin o poveste mai completă. Acest proces alternativ conduce la o interacţiune strânsă între terapeut şi copil, dar furnizează şi un bogat material diagnostic şi conduce la o mai bună conştiinţă de sine a copilului.

Când o serie de desene cu o poveste acompaniatoare a fost completată, desenele pot fi revăzute pentru a se accentua morala sau lecţia care poate fi învăţată de aici. Acum este recomandat să i se sugereze copilului să creeze alte finaluri povestirii, finaluri care ar putea fi mai satisfăcătoare. În acest mod, terapeutul îl face pe copil conştient de noi alternative de a simţi şi a acţiona, de soluţii mai adaptate la problemele sale.

Mâzgăleala. Tehnica mâzgălelii, descrisă de Florance Cane (1951), este o metodă neamenințătoare de a-i ajuta pe copii să exprime acele părţi din ei înşişi pe care nu le-ar împărtăşi cu uşurinţă. Procedura originală cere mai întâi copilului să-şi utilizeze întregul corp pentru a face un desen în aer cu mişcări largi şi ritmice. Apoi, după ce a fost experimentată o libertate a mişcărilor, copilul, cu ochii închişi, transferă aceasta într-un desen pe o foaie de hârtie (mâzgăleală). Exerciţiul corporal are ca efect eliberarea copilului de inhibiţii şi, în consecinţă, se manifestă o mai mică constrângere în realizarea mâzgălelii pe foaia de hârtie.

Următorul pas, după ce mâzgăleala e completată pe foaie, este examinarea ei din toate unghiurile, găsind formele ce sugerează un desen cu sens. Desenul este apoi completat utilizând acele linii care se potrivesc cu imaginea mintală şi conduc la altele. Produsul final seamănă foarte puţin cu liniile originale de pe foaia de hârtie.

Unii copii pot găsi mai mult de un desen, în timp ce alţii vor contura şi vor colora o singură pictură largă, coerentă. Copiii povestesc despre formele lor sau îşi imaginează că devin aceste forme şi se exprimă în acest fel pe ei înşişi, devenind mai spontani şi mai creativi.

Desenarea sentimentelor. Prin reprezentarea grafică a unora dintre sentimentele lor, copiii le exteriorizează, se confruntă cu ele şi învaţă să le controleze. Câştigarea unui mai bun control emoţional conduce la dobândirea unui mai bun sens al identităţii personale.

Observarea procesului desenării este un aspect crucial al folosirii artei ca instrument terapeutic. Este mai bine ca terapeutul să rămână un observator pasiv, obiectiv, în timp ce copilul desenează. Este dezirabil, ca înainte de a încerca orice interpretare, terapeutul să obţină de la copii cât mai multe informaţii, autointerpretări şi exprimări ale sentimentelor legate de propriile desene.

Alte mijloace expresive în psihoterapia copilului

Fantezia

Tehnicile fanteziei presupun folosirea întregului potenţial imagistic şi ele pot fi îmbinate sau nu cu desenul şi mişcarea fizică. Analiza unei fantezii este o problemă foarte controversată. Se pare însă că pot avea loc schimbări semnificative fără producerea vreunui *insight*.

În psihoterapia copilului abundă ideile despre fantezie. O dată cu lansarea ideii stimulării emisferei drepte şi a interesului pentru educaţia umanistă s-a produs o proliferare a cărţilor care tratează astfel de subiecte.

Descriem în continuare câteva astfel de exerciţii de fantazare, unele dintre ele regăsindu-se şi în studiile de caz.

Un frumos exerciţiu de fantazare, descris după Violet Oaklander (1988, p. 16) se numeşte „Lupta". Copilul îşi imaginează cu ochii deschişi că este un mic vapor în timpul unei furtuni puternice.

- Încearcă să-ţi imaginezi că tu eşti unicul vapor şi explică ceea ce simţi. Vântul este puternic şi încearcă să scufunde vaporul. Valurile îl izbesc cu putere.
- Vorbeşte-mi despre modul cum diferite părţi ale corpului tău trebuie să lupte cu furtuna. Cum îţi comunică diferite părţi ale corpului tău dacă vei ieşi învingător sau învins din furtună?
- Pe neaşteptate, vântul atacă pentru ultima oară micul vapor şi apoi moare. Vaporaşul a câştigat lupta!

Ce experienţe reale de viaţă ai avut tu, care să fie asemănătoare cu situaţia dintre vântul muribund şi vaporaşul învingător?

- Imaginează-ţi că tu eşti micul vaporaş care tocmai a învins furtuna. Ce simţi tu faţă de furtună?
- Imaginează-ţi că eşti marea furtună care tocmai a eşuat în a scufunda vaporaşul. Ce simţi tu faţă de el?
- Acum fă un desen despre tine însuţi ca vaporaş într-o furtună.

Din această situaţie imaginară se desprind informaţii valoroase despre locul copilului în lumea sa şi despre modul cum face el faţă forţelor exterioare.

Un alt exerciţiu care pune în evidenţă strategiile copilului de a face faţă obstacolelor este „fantezia zidului" (I. Mitrofan, 1995): „Imaginează-ţi că mergi pe un drum şi pe neaşteptate îţi apare în faţă un zid. Ce faci tu în această situaţie? Cum îţi apare zidul? Ce simţi faţă de el?".

În fantezia „Peştera" apar temerile şi conflictele ascunse ale copilului.

„Imaginează-ţi că te afli în faţa unei peşteri. Peştera are o uşă mare în spatele căreia se află ceva care vrea să iasă. Mergi, deschide uşa şi vezi ce se poate întâmpla."

Acest gen de fantezii pot fi continuate cu dialog gestaltist astfel încât copilul să poată deveni conştient de trăirile sale.

Li se poate cere copiilor să-şi imagineze că sunt animale şi să scoată sunete ca acestea. Apoi să vorbească despre animalul respectiv şi să povestească o istorioară despre el.

Modelajul

Materialele pentru modelaj pot fi lutul, plastilina, aluatul, fiecare cu calităţi diferite. Lutul oferă atât experienţe kinestezice, cât şi tactile. Flexibilitatea şi maleabilitatea

lutului se potrivesc unei varietăţi de nevoi. El pare să spargă adesea blocajele copilului, putând fi utilizat cu succes şi de cei care au mari dificultăţi în exprimarea sentimentelor. Copiii supăraţi îşi pot exprima supărarea modelând diverse forme din lut. Cei care sunt nesiguri şi fricoşi pot simţi un sentiment al controlului şi stăpânirii de sine prin intermediul lutului. Copilul agresiv poate utiliza lutul pentru a-l lovi şi sfărâma.

Un astfel de exerciţiu cu lutul este următorul (Mills, Crowley, 1986, p. 69):

> Închide ochii şi intră în spaţiul tău interior. Simte lutul cu ambele mâini pentru câteva minute. Respiră de două ori profund. Acum eu doresc să faci ceva cu lutul, cu ochii închişi. Degetele tale încep să se mişte.
>
> Observă dacă lutul pare să dorească să urmeze propriul său drum. Sau poate că tu vrei ca el să urmeze drumul tău. Realizează o formă, o figură. Lasă-te să fii surprins de ceea ce se întâmplă. Vei avea doar câteva minute pentru a face asta. Când ai terminat, deschide ochii şi priveşte la ceea ce ai realizat. Întoarce obiectul şi priveşte-l din diverse părţi şi unghiuri.
>
> Acum fii această bucată de lut. Tu eşti lutul!

În alte exerciţii cu lutul, copilului i se spune să realizeze cu ochii închişi un animal, o pasăre, un peşte, reale sau imaginare, sau ceva dintr-un vis, ceva ce i-ar plăcea să existe sau să modeleze din lut: familia sa sau problema sa ori o imagine simbolică despre el însuşi sau i se poate cere să facă o poveste, o scenă cu lutul său.

Limita de timp este de trei minute pentru fiecare temă şi s-a constatat că aceasta elimină perfecţionismul şi adesea conduce la rezultate mult mai interesante decât timpul îndelungat.

Modelajul poate fi realizat de un singur copil sau în grup. În acest ultim caz, copiii pot lucra pe o singură bucată de lut sau pe propria lor bucată, asamblând apoi obiectele realizate.

Colajul

Colajul este realizat prin lipirea sau ataşarea de materiale de o mare varietate pe hârtie sau pânză. Pot fi utilizate în colaj: hârtie de toate tipurile, variate texturi, lucruri moi şi aspre, nasturi, poleială, celofan, cartoane de ouă, capace de sticlă, macaroane, fire de lână, frunze, coji, seminţe de toate felurile etc. Se utilizează cu succes pozele decupate din reviste sau cărţi, fotografiile.

Un colaj poate fi realizat în multe feluri, similar cu pictura şi jocul cu nisip.

Copiii pot povesti despre colajul în sine, îi pot da un titlu sau pot povesti despre procesul de realizare a acestuia.

Colajul ajută la eliberarea imaginaţiei şi poate fi utilizat ca exprimare senzorială şi emoţională.

Jocul cu nisip

Este o tehnică terapeutică de sorginte jungiană, unde simbolul joacă un rol important.

În activitatea sa terapeutică cu copii şi adolescenţi, Dora Kalff a descoperit analogii între copilărie şi dinamismul integrării personalităţii descris de Jung ca principiul totalităţii.

Descriem în continuare cum apare jocul cu nisip în viziunea Dorei Kalff.

Ea utilizează o cutie de nisip (57x72x7cm), limitele sale acţionând ca factor de reglare şi de protecţie pentru imaginaţia celui care se joacă. Jucăriile sunt de o mare diversitate, ele reproducând cam tot ce poate să existe în jurul copilului.

Jocul cu nisip al unui copil poate fi interpretat ca o reprezentare tridimensională a unei situaţii psihice. O problemă inconştientă se exprimă în cutia de nisip, jucându-se acolo ca o dramă. Conflictul este transpus din viaţa internă a copilului în viaţa externă şi devine vizibil pentru terapeut. Acest joc al imaginaţiei dinamizează inconştientul şi acţionează astfel asupra psihicului copilului.

Terapeutul interpretează pentru el însuşi simbolurile apărute în seria de jocuri cu nisip şi, în unele cazuri, jocurile sunt explicate copilului prin raportarea la situaţii cotidiene de viaţă, în termeni uşor de înţeles.

Graţie exteriorizării sale prin joc, problema internă a devenit vizibilă şi evoluţia psihică face un pas înainte. Pe de altă parte, structurile jocului şi detaliile sale furnizează terapeutului liniile directoare pentru tratament.

Dora Kalff consideră că, adesea, primul joc lămureşte deja situaţia; el conţine înăuntrul simbolului ţelul de atins – realizarea sinelui. După aceea, sunt eliberate energii noi pentru a duce la dezvoltarea sigură a eului.

Crearea de poveşti

Crearea poveştilor este o practică de primă importanţă în psihoterapia copilului. Utilizarea lor în terapie implică: realizarea poveştilor de către terapeut şi povestirea lor copiilor, realizarea poveştilor de către copii, utilizarea unor lucruri care să stimuleze poveştile (cum ar fi picturile, testele proiective, marionetele, desenatul, jocul cu nisip), deschiderea către fanteziile interioare sau utilizarea mijloacelor video sau audio, a microfonului de jucărie sau a unui televizor imaginar.

Din poveştile pe care le realizează copilul terapeutul este capabil să faciliteze *insight*-uri asupra conflictelor, frustrărilor sau mecanismelor de apărare a copilului.

Se consideră că poveştile copilului sunt mai uşor de analizat decât visurile, asociaţiile libere şi alte producţii ale adultului.

Problema principală a terapeutului de copii ar fi să utilizeze *insight*-urile sale terapeutice.

Dr. Richard Gardner a creat „Tehnica mutuală a realizării de poveşti" (*apud* Oancea, 1989, p. 211).

El cere mai întâi copilului să povestească o istorioară şi este atent la atmosfera şi cadrul povestirii, la reacţiile emoţionale ale copilului atunci când spune povestirea, determină figura sau figurile care-l reprezintă pe copil sau care corespund persoanelor semnificative din mediul său. Apoi Gardner spune propria sa poveste pornind de la aceleaşi personaje, atmosferă şi soluţii iniţiale ca şi în povestirea copilului, dar oferă o rezolvare mai potrivită la cele mai importante conflicte. Fiecare poveste se termină cu o lecţie sau o morală derivată din situaţia poveştii. Se încearcă astfel să i se ofere copilului mai multe alternative.

Terapeutul trebuie să deschidă noi căi neluate în considerare în schema de gândire a copilului.

Copilul trebuie ajutat să devină conştient de multitudinea de opţiuni care ar putea să le înlocuiască pe cele înguste, autodistructive, alese de el.

Şi basmele, şi legendele oferă un material foarte bun de lucru cu copiii. Ele se referă la emoţiile universale de bază: dragoste, ură, frică, furie, singurătate, sentimente de izolare şi de lipsă de valoare.

Au fost publicate numeroase lucrări cu privire la structura, semnificaţia şi valoarea educativă a poveştilor. Una dintre cele mai cunoscute este cartea lui B. Betelheim (1976) *Psihoanaliza poveştilor cu zâne*. Autorul este de părere că basmele se adresează „eului fraged" al copilului şi favorizează dezvoltarea sa, totodată eliberând presiunile inconştiente şi preconştiente. Tărâmul basmelor îi dezvoltă copilului capacitatea de a-şi construi şi verbaliza trăirile şi proiecţiile, fără să-l primejduiască nici afectiv, nici etic. Copilul are nevoie „de ceva" care să-l facă să vadă toate avantajele unui comportament conform cu morala, nu prin intermediul preceptelor etice clasice, ci prin spectacolul „aspectelor tangibile ale binelui şi răului" care capătă atunci pentru el toată semnificaţia lor. El poate să înveţe prin basme „că lupta contra gravelor dificultăţi din viaţă este inevitabilă şi face parte intrinsecă din existenţa umană, dar că în loc de a se ascunde, el trebuie să înfrunte în mod ferm încercările neaşteptate şi adesea injuste, trebuie să vină de hac tuturor obstacolelor, sfârşind prin obţinerea victoriei" (Betelheim, 1976, p. 24).

Ch. Vandenplas-Holper (1993) evaluează calităţile poveştilor pentru copii în vederea stimulării socioemoţionale. Se urmăreşte analiza poveştilor în funcţie de structura şi conţinutul lor în vederea desprinderii problemelor pe care le abordează personajele prezente în poveste, a valorilor pe care acestea le vehiculează şi cu care lectorul sau auditoriul sunt confruntaţi în final, a modului în care poate folosi terapeutul aceste poveşti pentru stimularea socioemoţională a copilului.

Modul de folosire a poveştii ar fi următorul: copilului cu o anume tulburare socioemoţională i se citeşte o poveste ce abordează o temă care să-l ajute să iasă din situaţia existentă. De exemplu, unui copil care este fricos şi nu are încredere în forţele proprii i se spune o poveste în care eroul este învingător, se caracterizează prin curaj şi nu are nevoie de ajutoare exterioare în atingerea scopului. Se aşteaptă ca micuţul să se identifice cu personajul principal din poveste şi să încerce să-l imite.

Lucrul cu basmul

Din perspectivă psihologică, basmul are o mare valoare ca expresie a unui scenariu iniţiatic. Copiii, fără a conştientiza, refac, generaţie după generaţie, drumul eroului mitologic care, înainte de a intra în rândul oamenilor maturi, este supus unui număr de încercări care-i verifică vitejia, înţelepciunea, forţa fizică, tăria de caracter.

Putându-se identifica pe plan imaginar cu eroul basmului, copilul rămâne în universul său infantil şi, în acelaşi timp, se vede în lumina basmului ca şi cum ar fi crescut brusc şi ar fi învingător.

Structura basmului nu numai că o preia pe cea a riturilor de iniţiere, ci, într-un fel, repetă structura experienţelor infantile care este o succesiune de misiuni şi dueluri, de încercări grele şi deziluzii. Astfel, el îşi populează treptat universul cu aliaţi puternici şi duşmani diabolici.

Alt aspect este acela al rezolvării problemelor copilului, educarea manierelor de a face faţă crizelor sau situaţiilor stresante. Prin intermediul basmelor se consideră că se stimulează înţelegerea de sine şi a celorlalţi, stabilind relaţii reciproce semnificative. Basmul stimulează decentrarea copilului, creându-i jocul de perspectivă, care-l face să se pună în locul altuia şi să regăsească în altul ceva din el însuşi.

Basmul nu acţionează doar la nivelul conştientului sau al inconştientului personal, ci şi la nivelul inconştientului colectiv. C.G. Jung a explicitat această influenţă prin funcţia

terapeutică a simbolurilor arhetipale care au rolul de a direcţiona energia arhetipurilor din inconştient în conştient.

> Iată de ce este deosebit de important să li se povestească copiilor basme, legende, iar adulţilor să li se transmită noţiuni religioase. Toate acestea sunt simboluri instrumentale cu ajutorul cărora conţinuturile inconştientului sunt preluate de conştient pentru a fi interpretate şi integrate.
>
> În lipsa lor, energia arhetipurilor, adesea considerabilă, se îndreaptă spre conţinuturi neînsemnate şi le ridică însemnătatea până la niveluri patologice. Astfel se nasc fobiile, în aparenţă lipsite de temei, precum şi ideile tensionale, idiosincraziile, reprezentările hipocondriace sau perversităţile intelectuale care se pot manifesta social, religios sau politic (Jung, 1994, p. 184).

Fiind interesată de influenţa pe care o are basmul asupra copilului, am elaborat o tehnică imaginativă în care copilul realizează o interferenţă între lumea sa reală şi lumea fantastică a basmului. Am aplicat această tehnică în mod experimental pe 36 de copii cu vârste cuprinse între 5 şi 7 ani. Voi descrie în continuare modul de lucru şi rezultatele experimentului (Vladislav, 1997).

Am folosit basmul popular *Prâslea cel Voinic şi merele de aur*, cu care i-am familiarizat în prealabil pe copii. Ei au fost puşi, individual, în situaţia de a rezolva imaginativ două situaţii problematice din viaţa lor reală, apelând la ajutorul personajelor şi al obiectelor miraculoase din basm.

Prima situaţie: „Închide, te rog, ochii şi imaginează-ţi că ai făcut o năzdrăvănie şi eşti gata, gata să fii pedepsit (acasă sau la grădiniţă). Numai că, acum, se întâmplă un lucru neobişnuit. Închipuie-ţi că unul sau mai multe personaje din basmul nostru pot să vină şi să te ajute să scapi de pedeapsă". I se citeşte lista de personaje pentru a i le reaminti. „Foarte bine, acum, dacă ţi-ai imaginat, poţi să deschizi ochii şi să-mi spui ce personaj ai vrea să vină în ajutorul tău." Pe măsură ce copilul îşi derulează povestirea, am intervenit cu întrebări care să-l stimuleze să facă asociaţii: „Ce personaj vrei să vină în ajutorul tău?", „Ce ar face el pentru tine?", „Ar putea el singur să te ajute sau ar veni şi alt personaj?", „Acesta ce ar face pentru tine?", „Cu ce obiect fermecat ar veni personajul tău?". I se citeşte lista cu obiectele miraculoase din basm. „Ce s-ar întâmpla dacă ar veni cu acest obiect?", „Ce ar face cu el?".

A doua situaţie: „Închide, te rog, ochii şi imaginează-ţi că eşti singur noaptea, în întuneric. Închipuie-ţi că poate să vină oricare dintre personajele din basmul nostru să te ajute să nu-ţi mai fie frică sau urât". I se citeşte lista cu personajele din basm. „Foarte bine, acum, dacă ţi-ai imaginat, poţi să deschizi ochii şi să-mi spui ce personaj ai vrea să vină în ajutorul tău să nu-ţi mai fie frică." În continuare, investigarea se derulează identic cu cea din prima situaţie.

Prin analiza de conţinut a povestirilor născocite de copii am desprins trei maniere prin care aceştia, aflaţi în situaţii problematice, se raportează la conţinutul basmelor. Le voi expune în continuare, însoţindu-le cu exemple din protocoalele experimentale.

1) Transpunerea în lumea imaginativă a basmului. Unii copii se identifică cu diferite personaje şi dau răspunsuri corespunzătoare. Astfel, băieţelul B.R. se identifică cu Prâslea şi ar vrea ca Împăratul să-l ia cu el la palat şi să-l lase să-i păzească merele. P.C. se identifică cu Împăratul: „Prâslea şi fraţii lui să-mi păzească pomul cu merele de aur. Să-mi aducă merele de aur. Prâslea să mă ajute să nu-mi fure nimeni merele".

Fetiţele se identifică cel mai des cu fetele de Împărat: „Fratele cel mijlociu să mă ia de nevastă şi să trăim într-un palat" (C.A.), „Zmeii vor să mă ia de nevastă, dar Prâslea

mă salvează" (I.L.). Alţi copii intră în lumea basmului aduşi de Zmeu, de Zgripţuroaică sau de Împărat. Zmeii şi Zgripţuroaica sunt făpturi fantastice ce fac legătura între „tărâmul nostru" şi „tărâmul celălalt". Probabil din această cauză sunt aleşi de copii drept vehicule capabile să îi ducă în lumea imaginară a basmului. „Să vină Zmeul. Mă pun pe spinarea lui şi mă duc la palatul lui" (B.R.), „Mă duc cu Zmeul în poveste" (V.M.), „Zgripţuroaica să zboare cu mine până la palatul lui Prâslea şi să vină înapoi acasă la mine. Împăratul mă duce la el la palat să văd capete de animale sau de Zmei puse pe perete, că n-am văzut niciodată" (N.I.).

2) Transpunerea personajelor din basm în viaţa reală. S-au constatat două situaţii: una în care copiii proiectează în personajele din basm persoane din viaţa lor reală (educatoare, părinţi) şi cealaltă în care personajele se poartă ca nişte persoane reale (sună la uşă, dau telefon, mănâncă mâncarea din frigider). Exemple pentru prima situaţie: „Zmeul mă pedepseşte" (S.A.), „Fratele cel mare să nu mai trimită copiii după bere. Să se ducă el să ia bere, tot ce-i trebuie" (I.L.), „Împăratul mă pedepseşte pentru că am înjurat" (M.M.). Exemple pentru a doua situaţie: „Prâslea şi Zgripţuroaica sună la uşă. Mă uit pe vizor întâi, că dacă ar fi cineva şi m-ar fura?" (S.C.), „Nu pot să-i dau telefon lui Prâslea pentru că el nu are telefon" (V.N.), „Personajele nu au pe unde să vină pentru că am lăcăt la uşă" (C.R.).

3) În povestirile copiilor apar dorinţele, sentimentele, frustrările lor ascunse. Exemple în care se observă rolul compensator al imaginaţiei: „Să-mi aducă Prâslea jucării, păpuşi, haine. Puii de Zgripţuroaică să mă facă să am o rochie, că îmi place. Când văd că mama mă îmbracă în pantaloni nu-mi place" (I.L.), „Împăratul mă duce la el la palat, mă învaţă să fac karate" (C.A.), „Prâslea să mă ducă la mare. Acolo e bine, e frumos, nepedepsită pe apă" (V.L.). Interesante sunt răspunsurile a două fetiţe în cazul cărora părinţii sunt divorţaţi şi ele locuiesc doar cu mamele şi bunicii: „Prâslea să mă păzească, să aibă grijă de mine. Tatăl meu e gras şi e puternic şi stă cu mine când sunt singură, dar nu stă cu mine în casă" (S.I.). Se observă cum tatăl este proiectat în Prâslea. „Îmi imaginez că Fata cea Mare şi Fata cea Mică de Împărat sunt mama şi sora mea. Mi-aş imagina că Fiul cel Mare este tatăl meu şi Prâslea e fratele meu." (B.N.) În ambele cazuri apar dorinţele fetelor de a trăi în familii nedezbinate.

Răspunsurile din prima situaţie problematică mi-au permis să observ care sunt sentimentele copiilor atunci când sunt pedepsiţi: „Când vrea mama să-mi dea o palmă sau să-mi facă ceva, Prâslea să o facă să-i fie milă de mine, să nu mai dea cu palma în mine" (N.I.), „Prâslea să-i spună doamnei educatoare: «Să nu-l mai pedepsiţi pe Dani pentru că este un băieţel cuminte.» – doamna nu ştie asta" (I.D.), „Tăticul mă bate în fiecare zi când spun o prostie. Zmeii şi Balaurul îl omoară pe tăticu şi eu plec cu ei în poveste" (V.M.).

În povestirile copiilor apar idei interesante asupra personajelor mitice. Astfel, Zmeul are şi rol pozitiv, şi rol negativ. Unii cred că Zmeii sunt răi, dar pe ei îi ajută: „Zmeul cel Mic îi spune lui Prâslea ce am făcut eu acasă şi el îmi spune să fiu cuminte. Zmeul e rău, dar pe mine mă ajută" (D.O.), „Zmeul e rău, dar pe mine mă apără. Când vine un hoţ să-l împungă cu coarnele" (B.R.). Alţii admit că Zmeii sunt şi buni, şi răi: „Zmeul cel Mic şi Zgripţuroaica mă apără. Cred că Zmeul ar fi ca un iepuraş. E bun... nu e aşa de bun, e şi bun, şi rău, mai face năzdrăvănii" (S.C.), „Zmeii erau răi, dar şi frumoşi, ca nişte oameni, dar răi la suflet" (I.I.). Însă cel mai expresiv răspuns a fost dat de fetiţa C.A.: „Zmeul e rău, dar mă ajută. El ar veni cu mărul de aur şi m-ar transforma

în Zmeu. Eu aş face... să-i bat pe oamenii buni pentru că mie mi se pare că sunt răi. Ştiu că oamenii sunt buni, dar mie, dacă sunt Zmeu, mi se pare că sunt răi". Reiese de aici că Zmeul face rău din ignoranţă. El este rău pentru că i se pare că oamenii sunt răi.

Remarcând că aceşti copii au scoruri mari la originalitate, lansez următoarea ipoteză: cu cât este lăsat copilul mai liber să-şi imagineze, cu cât îi va fi mai încurajată creativitatea, cu atât va fi el mai receptiv la sensul ascuns al simbolurilor arhetipale, în stare să sesizeze atât latura pozitivă, cât şi cea negativă a arhetipurilor. În urma analizei rezultatelor experimentului consider că această tehnică imaginativă poate fi utilizată în mai multe moduri:

1) ca mijloc de diagnosticare a personalităţii şi vieţii socioemoţionale a copiilor, a tipurilor de relaţii părinţi – copii, copii – educatoare, jucând rolul unei tehnici proiective;
2) ca mijloc de stimulare a creativităţii (demonstrat statistic), creativitatea fiind un garant al sănătăţii psihice;
3) ca tehnică psihoterapeutică ce se poate înscrie în rândul celorlalte tipuri de terapie prin metaforă la copii.

Personajele şi obiectele miraculoase din basm, privite ca metafore, au două niveluri de înţelegere: a) la nivel conştient sunt prieteni care îi ajută pe copii să depăşească situaţia grea în care se află; b) la nivel inconştient ele funcţionează ca resurse şi puteri interioare alese de copil să-i vină în ajutor.

Metafora terapeutică

Poveştile metaforice. Un element pe care atât metafora literară, cât şi cea terapeutică îl au în comun este corespondenţa (Jaynes, 1976): „Noi trebuie să fim capabili să experimentăm o sincronie imediată între o metaforă şi referentul său".

În metafora literară, corespondenţa dintre metaforă şi „referentul" său trebuie să fie suficient de strânsă ca să evoce simţul unei familiarităţi imagistice: cititorul trebuie condus în interiorul unei bogăţii a imaginii, oricât de străină sau îndepărtată ar fi experienţa descrisă. În timp ce descrierea este funcţia principală a metaforei literare, ţintele metaforei terapeutice sunt modificarea, reinterpretarea, remanierea. Metafora terapeutică trebuie să evoce atât familiaritatea imagistică a metaforei literare, cât şi familiaritatea raţională bazată pe o înţelegere a experienţei personale. Povestea, personajele, evenimentele, locurile trebuie să vorbească despre viaţa obişnuită a celor ce o ascultă şi ea trebuie să aibă un limbaj care să fie familiar.

Pentru a funcţiona în sens terapeutic este necesar să se creeze ceea ce Rossi numea „porţiune de realitate fenomenologică", în care lumea creată prin metafora terapeutică este experimentată de către copil. Aceasta creează trei căi de relaţionare empatică între copil, terapeut şi poveste, care îi dă posibilitatea copilului să se identifice cu personajele şi evenimentele descrise. Acesta este sentimentul identificării care conţine puterea transformatoare a metaforei (Gordon, 1978).

Copilul trebuie să creeze o punte de conectare personală între sine şi evenimentele din poveste. În metafora terapeutică, aceasta este facilitată prin reprezentarea problemei copilului suficient de exact, astfel încât el să nu se simtă singur şi suficient de indirect ca să nu se simtă stânjenit, ruşinat sau rezistent. O dată cu identificarea stabilită între copil şi poveste, sentimentul de izolare a copilului din jurul problemei sale („Nimeni nu are problema mea") este înlocuit cu un sentiment al împărtirii experienţei („Ei au o

problemă ca a mea"). Totuşi, conectarea dintre problema metaforică şi problema copilului rămâne insuficient conştientizată, aceasta reprezentând finețea metaforei terapeutice.

Întrebându-se cum poate crea cineva părţi de realitate fenomenologică prin care metafora terapeutică obţine aceste efecte, J. Mills şi R. Crowley (1986) au pornit de la studierea componentelor basmelor. Ei consideră că basmele sunt un exemplu excelent despre cum metafora poate fi utilizată atât literar, cât şi terapeutic. Într-un mod sau altul, multe basme clasice:

1. stabilesc o temă globală a conflictului metaforic în relaţie cu protagonistul;
2. personifică procese inconştiente în forma eroilor sau salvatorilor (reprezentând abilităţile şi resursele protagonistului) şi ticăloşii sau obstrucţionări (reprezentând fricile şi credinţele negative ale protagonistului);
3. personifică situaţiile de învăţare paralele, în care protagonistul este victorios;
4. prezintă o criză metaforică în interiorul unui context de rezolvare inevitabilă, în care protagonistul îşi învinge sau îşi rezolvă problemele;
5. dezvoltă un nou sentiment al identificării cu protagonistul ca rezultat al victorioaselor sale „călătorii eroice";
6. culminează cu o sărbătoare în care este recunoscută vitejia protagonistului (Mills şi Crowley, 1986, p. 65).

Metaforele terapeutice pot fi create prin diverse strategii: preluând teme din poveştile populare sau cele S.F., folosind poveşti originale cu motive din basme şi poveşti originale bazate pe propria imaginaţie a copilului şi pe cea a terapeutului.

O altă sursă bogată de creare a metaforelor este experienţa din viaţa reală. Terapeutul solicită şi utilizează experienţe pozitive ale copilului: hobby-urile sale, filmele, personajele din desene animate, tovarăşii de joacă, animalele, evenimentele, amintirile care au avut efect benefic. Aceste asociaţii plăcute pot funcţiona ca „bilet de intrare" în lumea resurselor interne ale copilului. De asemenea, ele ajută la formarea „structurii-cadru" (Brink, 1982) a metaforei, utilizând scene, activităţi şi evenimente familiare copilului.

Metafora artistică. O altă aplicare a metaforei terapeutice ce se alătură utilizării poveştilor metaforice, integrând sistemele senzoriale şi evocând schimbarea inconştientă, este metafora artistică.

Metafora artistică utilizează strategii de desenare, jocuri din carton create de către copil, dând o altă dimensiune experienţei terapeutice.

Atât metafora povestirii, cât şi metafora artistică se focalizează în special pe integrarea funcţionării creierului drept şi stâng pe niveluri inconştiente prin abordări multisenzoriale. Deoarece metafora artistică implică utilizarea obiectelor în spaţiu, ea este atât multisenzorială, cât şi tridimensională. Aceasta ajută mesajul terapeutic să se exprime în termeni tangibili, fizici. Se transmit astfel într-o expresie exterioară sentimentele şi senzaţiile interioare şi, în acelaşi timp, mintea inconştientă poate exprima şi rezolva problema copilului pe calea reprezentărilor conştiente.

O să ne referim în continuare la două din metaforele artistice descrise de J. Mills şi R. Crowley în cartea lor *Therapeutic Metaphors for Children and the Child Within* (1986).

Metafora „Cum să faci faţă mai bine suferinţei" (1986, p. 74) a fost creată pentru a-i ajuta pe copii să facă faţă durerii fizice. Scopul său este de a furniza un instrument artistic prin care: 1) senzaţiile dureroase pot fi obiectivate şi, în acelaşi timp, se poate avea acces la resursele interioare. Această tehnică, folosită ca adjuvant în demersul

diagnosticului şi tratamentului medical, nu este utilizată ca să mascheze durerea, ci mai degrabă ca să o controleze, să o slăbească şi să ajute copilul să se disocieze de ea.

Ea presupune trei paşi simpli în care copilul este pus să deseneze:

1) cum apare durerea chiar acum;
2) cum apare starea de bine (lipsa durerii);
3) cine poate să ajute primul desen să se transforme în al doilea desen.

Aceste desene servesc mai multor scopuri.

În primul rând, ele îl pot ajuta pe copil să se disocieze de durere prin transformarea ei într-o imagine pe hârtie. Rolul încercării de a aduce o imagine vizuală a durerii activează „nivelul secund al conştiinţei" (Rossi, 1972) care-l ajută pe copil să se deconecteze de la simţul durerii.

În al doilea rând redarea durerii într-o imagine tangibilă dă copilului un sens al cunoaşterii care este în relaţie cu sensul mişcării de la necunoscut la cunoscut. Acesta este un pas important în a ajuta copilul să câştige un simţ al controlului durerii.

Al treilea scop al desenării este de a ajuta să se manifeste sistemul senzorial care este nefolosit de către copil. Copilul bolnav este blocat pe un dureros canal kinestezic. Toată atenţia copilului este în mod obişnuit centrată pe sentimentul de a fi bolnav. Desenarea modului cum arată durerea ajută să se activeze alte părţi ale creierului care difuzează atenţia şi furnizează o bogăţie de resurse preţioase.

Al patrulea scop al desenării se referă la puterea de implicare. Prin a-i cere copilului să deseneze cum arată o stare de „mai bine", terapeutul sugerează că „mai bine" există.

Când copilul înţelege şi începe să deseneze, acţiunea sa semnifică că „mai bine" este de asemenea o realitate potenţială. Începe acum să construiască un „pod" metaforic de la disconfort la confort, utilizând propriul său „medic inconştient". Acest pod este produs în interiorul celui de-al doilea desen şi apoi devine real şi concret în cel de-al treilea, care descrie în mod simbolic abilităţile şi resursele copilului pentru a-l actualiza.

O altă metaforă artistică creată de J. Mills şi R. Crowley este „Terapia prin desen animat". Ei pornesc de la ideea că personajele din desenele animate şi aventurile lor sunt *ipso facto*, simboluri puternice pentru mulţi copii şi de aceea ele pot fi utilizate cu uşurinţă ca alternativă metaforică pentru lucrul cu fricile, anxietăţile, conflictele copiilor.

„Terapia prin desen animat" poate fi utilizată în conjuncţie cu orice altă intervenţie terapeutică. Astfel, personajul favorit din desenele animate poate fi încorporat într-o povestire metaforică, desenat sau decupat ca scop sau ajutor în „jocul panoului resurselor", transpus într-o marionetă în „jocul magic al marionetelor" sau desenat ca parte din „desenul resurselor interioare".

La nivel conştient, personajele din desenele animate pot deveni importanţi prieteni imaginari ce-l acompaniază pe copil în cabinetul doctorului (Gardner şi Ohness, 1981) sau dau copilului suportul emoţional necesar în relaţia cu „teroarea" şcolii ori îl ajută să facă faţă coşmarurilor.

La nivel inconştient, ajutoarele din desenele animate simbolizează forţele şi resursele interioare, ceea ce explică atracţia copilului pentru un anume personaj.

De exemplu, în cazul unui copil cu coşmaruri, tehnica terapeutică ar putea decurge astfel:

1) „Desenează cum arată coşmarul!";
2) „Desenează ce personaj din desenele animate te-ar putea face să te simţi în siguranţă!";
3) „Cum poate arăta starea ta de mai bine?"

Marionetele

Este mai uşor pentru copil să vorbească prin intermediul marionetei care spune în mod direct ceva ce lui îi vine greu să exprime. Marioneta implică detaşare şi copilul se simte în siguranţă să releve în acest mod ceva din intimitatea sa.

Ca şi alte materiale artistice, marionetele servesc atât în scop diagnostic, cât şi în terapie. În terapie, ele pot fi utilizate în diferite moduri: în exerciţii conduse de terapeut, spontan în timpul terapiei sau în teatrul de marionete. Mai jos descriem câteva dintre acestea (Oaklander, 1988, p. 105).

I se poate cere copilului să aleagă marioneta şi să fie vocea marionetei: „Spune de ce ai fost aleasă". Apoi copilul vorbeşte prin „intermediul" marionetei despre sine. Copilul alege una sau două marionete care-i amintesc de el sau de cineva pe care-l cunoaşte. În orice situaţie, terapeutul, un alt copil şi chiar grupul îi pot pune marionetei orice tip de întrebare.

Un alt exerciţiu de interacţiune este următorul:

„În timp ce restul grupului priveşte, copilul şi terapeutul sau doi copii aleg câte o marionetă şi acestea comunică nonverbal una cu alta."

Sau:

„Un copil alege două marionete şi ele interacţionează nonverbal, apoi verbal, în timp ce restul grupului priveşte."

Marionetele introduc alte marionete sau alţi copii.

Se constată cum copiii se exprimă mult mai uşor prin intermediul marionetelor şi chiar comunică mai uşor cu marioneta aleasă de terapeut decât cu terapeutul însuşi (mai ales copiii mici).

În teatrul de marionete, copiii povestesc istoria lor prin intermediul acestora.

Tema poate fi aleasă de către copil sau de către terapeut, care se bazează în alegere pe o situaţie problematică din viaţa copilului sau poate realiza un spectacol vesel doar de dragul distracţiei.

Se folosesc o varietate de marionete: un bărbat, o femeie, un cuplu de fete, un cuplu de băieţi, un diavol, o vrăjitoare, un crocodil, un tigru, un bebeluş, un rege, un câine şi multe animale şi păpuşi. Poate fi de ajutor adăugarea unei păpuşi-doctor, a unui lup, a unor figuri de bunici, a unui poliţist, a unui şarpe.

Copiii nu numai că pun în acţiune situaţiile de viaţă prin intermediul diferitelor marionete, dar ei le identifică cu uşurinţă cu variate „părţi" din ei. Uneori, prin jocul marionetelor, ei sunt capabili să-şi rezolve mai bine conflictele interioare, să le echilibreze şi să integreze multe aspecte din ei înşişi.

Terapia prin joc (Ludoterapia)

Jocul continuă să fie una dintre căile principale de lucru cu copiii în terapie. El ajută la realizarea raportului necesar dintre terapeut şi copil şi poate fi un bun instrument diagnostic.

Se pot observa la copil când se joacă multe lucruri despre maturitatea, inteligenţa, imaginaţia şi creativitatea sa, organizarea cognitivă, orientarea în realitate, volumul atenţiei, abilităţile de rezolvare a problemelor, modurile de a intra în contact şi aşa mai departe. Copilul poate de asemenea să se joace evitând să-şi exprime sentimentele şi gândurile.

Psihanalista M. Klein priveşte jocul ca un tip de reprezentare simbolică a fanteziei inconştientului şi-l interpretează ca atare. Waelder declară că jocul aduce copilului oportunitatea de a asimila treptat ceea ce în viaţa reală ar putea fi dificil să integreze; iar Erickson numeşte jocul „calea regală de înţelegere a eforturilor ego-ului infantil la sinteză".

Se consideră chiar că jocul este forma copilului de auto-terapie, prin care lucrează adesea asupra confuziilor, anxietăţilor şi conflictelor sale.

În terapie, jocul se poate realiza în acelaşi mod cum se utilizează o poveste, un desen, o scenă din jocul cu nisip, un spectacol cu marionete sau un joc dramatic improvizat.

Violet Oaklander ne împărtăşeşte în cartea sa *Windows to our Children : A Gestalt-therapy Approach to Children and Adolescents* manierele în care utilizează jocul în cadrul terapiei (1988, p. 60):

> Observ procesul copilului. Cum se joacă el, cum se apropie de materiale, pe care le alege, pe care le respinge? Care este stilul său general de joacă? Este organizat sau dezorganizat? Care este patternul său de joc?
>
> Observ conţinutul jocului în sine. Se joacă el după anumite teme? Agresiune? Îngrijorare? Există o seamă de accidente de maşini, de avioane?
>
> Observ modurile de contact al copilului. Realizează el un bun contact cu sine şi cu jocul când se joacă? Realizează contact între obiecte? Intră oamenii, animalele, maşinile în contact unele cu altele? Se privesc, vorbesc unele cu altele?

Terapeutul poate direcţiona conştientizarea copilului asupra procesului jocului şi contactului din joc. Îi poate spune: „Pari să fii cam lent"; „Nu te-am observat niciodată să le atingi"; „Acest avion este singur". Dacă partenerul se repetă în timpul jocului, terapeutul poate direcţiona întrebările către viaţa copilului. Îl poate întreba: „Îţi plac lucrurile ordonate acasă?"; „Îţi murdăreşte cineva camera?". I se poate cere copilului să se oprească la orice punct al jocului şi să-l repete, să accentueze sau să exagereze acţiunea sa. Sau i se poate cere să se identifice cu orice om, animal, obiect şi apoi se aduce situaţia înapoi la copil şi la viaţa sa. „Te-ai simţit vreodată ca această maimuţă?"; „Te-ai simţit vreodată îngrămădit?"; „Te-ai aflat vreodată într-o luptă ca aceşti doi soldaţi?".

Se produce un nivel de integrare tocmai prin exprimarea situaţiilor, sentimentelor, anxietăţilor în mod deschis. Integrarea se produce atât prin exprimarea deschisă, ce poate fi simbolică sau directă, cât şi prin experimentarea de către copil a situaţiei de joc în siguranţă, într-o atmosferă permisivă.

Drama-terapia

Drama-terapia este o formă de psihoterapie a copilului în care spontaneitatea jocului dramatic, ca şi intervenţiile terapeutului ajută copilul să se exprime, să înţeleagă şi să lucreze asupra conflictelor sale, să producă *insight*-ul şi schimbarea. Prin utilizarea mijloacelor expresive, cum ar fi păpuşi, marionete, material senzorial, jucării, care evocă imagini nonverbale şi schematice, copiii cu tulburări sunt ajutaţi să ajungă la înţelegere cu dificultăţile lor.

R. Gardner, creatorul „tehnicii povestirii mutuale", a observat cum, în timpul povestirii, copiii doreau în mod spontan să gesticuleze, să intoneze, să joace anumite roluri şi cum, într-adevăr, dramatizarea sporeşte eficacitatea tehnicii. El crede că terapeutul însuşi trebuie să aibă libertatea de a se rostogoli pe podea, de a imita diferite animale etc. Terapeutul trebuie să poată juca mai multe roluri în acelaşi timp şi să aibă capacitatea de a fi simultan actor, regizor, scenarist şi coregraf.

Dramatizarea îmbogăţeşte comunicarea terapeutică şi poate servi la antrenarea copilului în tratament. În acest caz, importantă nu este transmiterea mesajului verbal, cât mai ales a stimulilor nonverbali (fizici, kinestezici, vizuali, tactili, olfactivi şi uneori gustativi). „Astfel, expunerea multisenzorială sporeşte semnificativ şansele ca terapeutul să fie auzit şi ajută ca mesajul să fie recepţionat". (Schattner, Courtney, 1981, p. 211)

În dramele creative, copiii pot dezvolta o conştiinţă totală a sinelui şi a corpului (prin mişcări corporale şi expresie facială, simţuri, imaginaţie, intelect). Ei joacă părţi din ei înşişi şi, pe măsură ce joacă, devin mai conştienţi de ei înşişi, mai implicaţi, mai reali. Activitatea jocului dramatic serveşte de asemenea la transmiterea ideilor şi fanteziilor ascunse. În drama-terapia de tip gestaltist sunt prezente exerciţiile de conştientizare senzorială, pantomima şi, la un nivel mai înalt, improvizaţiile dramatice în care intervine şi limbajul verbal.

Se consideră că pantomima simplelor imagini senzoriale, utilizând expresiile vocale şi mişcările corpului în afara cuvintelor, intensifică conştientizarea senzorială. La un nivel mai complex, pantomima poate implica exprimarea acţiunii şi interacţiunii prin intermediul mişcării corporale, comunicarea sentimentelor şi dispoziţiilor, dezvoltarea personajelor, jucarea unei poveşti – totul în afara cuvintelor. Copiii care au participat deja la mai multe experienţe pantomimice vor adăuga cu uşurinţă limbajul verbal în jocul dramatic.

Terapeutul poate observa cum îşi utilizează copilul corpul, observă rigiditatea sau uşurinţa mişcărilor. Vede astfel în mod clar încurcăturile copilului, ariile în care dezvoltarea sa a rămas în urmă, nevoile sale. Sunt importante, în aceeaşi măsură, atât procesul jocului dramatic, organizarea şi desfăşurarea sa, cât şi conţinutul ce reiese din joc.

La terminarea unor exerciţii dramatice creative îl putem întreba pe copil despre ceea ce s-a întâmplat, ce a fost pentru el, ce simte el acum etc.

Violet Oaklander gândeşte însă că experienţa în sine determină schimbarea, nu discuţia. „Copilul experimentează diferite situaţii de joc, conştientizează diferite părţi din el într-un mod ce poate fi dificil să-l exprime în cuvinte" (Oaklander, 1988, p. 40).

Jocul de rol direct şi inversarea rolurilor sunt tehnici dramatice ce pot fi utilizate în terapia copilului. În prima situaţie, copilul se joacă pe sine (îşi joacă propriul rol) faţă de o altă persoană care joacă un alt rol.

În a doua situaţie, eroul dramei joacă rolul celui care i se opune în viaţa reală. Astfel, se produce rapid şi eficient conştientizarea, copilul se vede pe sine cu ochii altora şi învaţă să se pună în situaţia altuia.

În gestalt-terapie este prezentă „tehnica scaunului gol". Ea a fost creată de Fritz Perls ca un mijloc de provocare a unei conştientizări importante şi aduce mai multă claritate în munca terapeutică. Se lucrează atât asupra situaţiilor prezente, cât şi a celor neterminate din trecut şi a celor proiectate pentru viitor, toate fiind aduse „aici şi acum". Pe scaunul gol pot fi puse diferite persoane din viaţa copilului, „părţi" din personalitatea sa sau simboluri ale altcuiva. Tehnica scaunului gol este un ajutor în clarificarea unei sciziuni şi polarităţi din personalitate, o clarificare esenţială în procesul de centrare. Perls a creat jocul „câinele de sus" şi „câinele de jos", utilizabil şi în terapia copilului, în care pacientul joacă, pe rând, cele două „părţi" ale eului, aflate în opoziţie, prezentând şi argumentând punctele lor de vedere. Tehnica poate merge mai departe, pacientul proiectând în poziţiile 3, 4, 5 alte părţi ale eului său. Astfel, aflat în poziţia 3, el îşi comunică impresia pe care i-a făcut-o dialogul dintre poziţiile 1 şi 2, ce gândeşte şi simte despre situaţiile create. Cu cât înaintează în poziţiile 4, 5 şi chiar 6, pacientul exprimă remarce şi impresii ce sporesc în conştientizare şi obiectivitate.

Acest exerciţiu al metapoziţiilor nu numai că determină un echilibru interior mai bun, ci pune în valoare capacitatea imaginativă şi oferă conştientizarea faptului că se poate aborda o problemă din multiple poziţii, efectul imediat fiind activarea resurselor interioare.

În sistemul terapeutic al lui Perls se pune un accent important şi pe analiza viselor – „diferitele părţi ale visului nu sunt altceva decât părţi ale personalităţii noastre".

În general, visele servesc o varietate de funcţii în cazul copiilor. Ele pot fi expresia anxietăţii – lucruri care-i neliniştesc. Ele pot exprima sentimente pe care copilul se simte incapabil să le exprime în viaţa reală, pot descrie dorinţe, trebuinţe, fantezii, întrebări şi curiozităţi, atitudini.

În gestalt-terapie, scopul este de a-l ajuta pe copil să înveţe despre el şi despre viaţa proprie prin intermediul viselor sale. Copilul poate juca diferite „părţi" din vis, poate angaja un dialog sau poate descrie cadrul visului. Terapeutul trebuie să fie atent la respiraţia, postura, expresia facială, gesturile şi inflexiunile vocii copilului. Însă el nu analizează şi nu interpretează visul. Numai copilul singur poate deveni conştient de ceea ce visul încearcă să-i comunice.

Modalităţile art-terapeutice pot fi combinate cu cele drama-terapeutice în cadrul demersului terapeutic. Eleanor C. Irwin şi Judith A. Rubin prezintă în cartea *Drama in Therapy* (1981, p. 197) un experiment în care este introdus un număr de combinaţii de tehnici art-terapeutice pentru a-i ajuta pe copii să-şi pună în valoare fantezia. Astfel, copiii trebuiau să creeze o poveste pornind de la un desen, după care să pună în scenă povestea. Altădată li s-a cerut copiilor să realizeze o lucrare artistică pornind de la o dramatizare. În cadrul experimentului, un timp, arta a fost folosită în interesul dramei şi drama în interesul artei, în vreme ce amândouă, arta şi drama, au fost folosite în serviciul copilului, lărgindu-şi aria mijloacelor de autoexprimare. Concluzia la care au ajuns autorii a fost că „este artificial să se facă distincţii, să se creeze bariere între cele două modalităţi terapeutice. Mai degrabă pare natural şi corect să permitem copiilor să-şi urmeze propriile impulsuri pentru exprimarea de sine într-o varietate de moduri. Liberi, utilizând ambele modalităţi terapeutice, copiii se angajează într-un joc simbolic şi fantezist de o intensă naturaleţe, care le este de ajutor în exteriorizarea şi lucrul cu propriile dificultăţi" (Irwin şi Rubin, 1981, p. 206).

Tehnici de mişcare şi de dans

Dacă copiii devin deconectaţi de la corpurile lor, ei îşi pierd simţul de sine şi nu au acces la o mare parte din senzaţiile fizice şi la emoţiile lor. De aceea, este nevoie să utilizăm în terapie metode pentru a-i ajuta pe copii să-şi cunoască corpul, să se simtă confortabil cu el, să se folosească de el într-un mod natural. În terapie, mişcările corporale servesc unor scopuri variate: eliberarea de energie şi tensiune, deblocarea emoţională, dezvoltarea sensibilităţii către sine şi către alţii, creşterea conştientizării corporale, dezvoltarea spontaneităţii. Copiii cu insecuritate, anxioşi, au blocaje la nivel corporal şi o respiraţie superficială. În cazul lor, exerciţiile de mişcare se îmbină cu cele respiratorii prin care sunt învăţaţi să respire profund, amplu. Copiii hiperactivi nu au un sentiment de control al corpului lor. De aceea, exerciţiile de mişcare corporală sunt foarte importante în cazul lor.

Exemple de exerciţii de mişcare:

1. Folosindu-ne de diferite tipuri de muzică, îi cerem copilului să îşi mişte mai întâi fiecare parte a corpului şi apoi corpul în ansamblu, să realizeze un dans al lui, care să-l reprezinte.

2. Îi sugerăm copilului să realizeze diferite tipuri de mers: să-şi imagineze că merge pe gheaţă, pe nisip fierbinte, pe nisipuri mişcătoare, prin ploaie, pe iarba plină de rouă etc.
3. Copilul poate imita diferite animale: se mişcă precum ele, încearcă să se simtă ca ele.
4. Uneori, putem să-i cerem copilului să exagereze o anumită mişcare sau un anumit gest şi îl întrebăm ce mişcare particulară îi aminteşte de ceva sau ce-l face aceasta să simtă. Astfel, poate asocia respectivei mişcări situaţii din viaţa sa.
5. Ştiut fiind faptul că fiecare emoţie are un contrapunct fizic (oricând suntem înspăimântaţi, furioşi sau bucuroşi, muşchii noştri reacţionează într-un anume fel), sunt utile exerciţiile prin care îi cerem copilului să exprime corporal diferite emoţii.

Se poate utiliza următoarea metodă (Oaklander, 1978, p. 233):

„I se cere copilului să inventeze o poveste în care, de exemplu, i se întâmplă ceva unui copil, şi acesta devine apoi foarte mânios. Îi sugerăm să fie el acest copil din poveste, să se mişte prin cameră pentru a-şi exprima sentimentul de mânie şi să realizeze un dans al mâniei".

6. Jocul statuilor poate fi utilizat cu succes într-un grup de copii astfel:

a) un copil „îngheaţă" într-o statuie, iar un altul ghiceşte ce vrea să exprime statuia;
b) copiii se mişcă pe muzică, şi când muzica se opreşte, „îngheaţă" într-o statuie şi spun apoi ce emoţie exprimă prin statuile lor.

Gestalt-terapia la copii

Integrarea polarităţilor prin metaforă şi mişcare corporală

Un copil este foarte îngrijorat atât de distorsiunile din el, cât şi de distorsiunile celorlalţi adulţi pe care-i cunoaşte. Orice copil este derutat atunci când simte ură, răutate faţă de persoana pe care, de fapt, o iubeşte. El este uimit atunci când o persoană pe care o considera curajoasă, puternică şi protectoare se simte în anumite contexte situaţionale slabă şi neajutorată.

De asemenea, copilul începe să-şi pună întrebări, începe să aibă probleme în a-şi accepta anumite părţi ale sinelui, care nu-i plac sau pe care părinţii şi uneori profesorii le critică. Orice admonestare, orice mustrare „sapă" un dezechilibru, o disonanţă internă în personalitatea copilului, încă fragilă şi nestructurată, faţă de care copilul nu are mecanisme de contracarare sau de neutralizare; pur şi simplu nu ştie cum să reacţioneze, cum să-i facă faţă. De exemplu, dacă părinţii îl acuză de hedonism, în momentul în care preferă să se joace în loc să-i ajute la alte activităţi (gospodăreşti, de pildă), copilul se va întreba dacă nu cumva este egoist şi leneş. El va încerca să „fugă" de aceste părţi, lărgind prăpastia dintre eurile polare. Acesta este „drumul" către alienarea de sine.

• O dezvoltare dinamică şi sănătoasă a vieţii presupune integrarea, reconcilierea, sinteza părţilor opuse, pozitive şi negative, ale unei persoane.

În gestalt-terapia copilului este bine ca şi copilul să înţeleagă rolul şi caracterul inerent al polarităţilor în personalitate. Părţile opuse pot fi reliefate în sentimentele pe care copiii le cunosc: dragoste/ură, tristeţe/bucurie etc. Există de altfel numeroase tehnici care se centrează pe aceste polarităţi. Amintim aici doar câteva dintre ele, deoarece ele au fost descrise mai sus.

Desenul. I se cere copilului să deseneze anumite obiecte care produc bucurie şi altele care produc tristeţe sau să deseneze starea sa atunci când este relaxat şi apoi atunci când

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

se simte încordat, tensionat. Copiilor mai mari li se poate sugera să schiţeze eul, sinele, atunci când se simt slabi sau când se simt puternici.

Modelajul. Copilul poate modela din plastilină sau din lut starea sa aşa cum o vede el din interior, iar apoi aşa cum crede că apare în faţa celorlalţi; aceasta este o modalitate adecvată pentru a descoperi discrepanţa dintre cele două imagini, cea a sinelui interior şi cea a sinelui exterior.

Tema „stil şcoală". Copilul, mai ales dacă este elev, poate realiza o reprezentare a părţilor sale oponente. În tehnicile de psihosinteză se găsesc multe metode de a ajuta clientul să-şi identifice părţi variate ale sinelui, metode numite *subpersonalităţi*. Un astfel de exerciţiu implică repetarea întrebării „Cine sunt?" şi notarea fiecărui răspuns aşa cum apare el. De exemplu, „Sunt un muncitor convins şi conştiincios", „Sunt leneş", „Mi-e teamă de înălţime", „Sunt un bun înotător". Examinarea acestor răspunsuri furnizează informaţii despre anumite părţi ale unei persoane şi reprezintă un punct de pornire spre explorarea sinelui.

Un alt exerciţiu este desenarea unei plăcinte care ulterior să fie împărţită în mai multe segmente; în fiecare segment este apoi trecut un cuvânt care reprezintă o parte a sinelui. Demersul poate continua cu un dialog dintre copil şi fiecare parte a sa pentru a clarifica cerinţele, conflictele etc.

Metafora. Rolul psihoterapeutic al metaforelor este cunoscut din cele mai vechi timpuri, utilitatea lor fiind incontestabilă, chiar dacă mecanismele profunde şi complexe de acţiune a metaforei nu sunt bine elucidate. Metafora este una dintre căile de imersie în inconştient, de destructurare şi restructurare profundă a personalităţii, de deblocare şi activare a resurselor interioare (I. Mitrofan, 1997).

Formele sub care se utilizează metaforele în psihoterapie sunt: afirmaţiile cu caracter metaforic făcute de pacient, povestirile cu caracter metaforic, producţiile imaginative, metaforice şi acţiunile sau ritualurile metaforice. De asemenea, metafora poate fi un mijloc de comunicare între terapeut şi clientul său, cu atât mai mult dacă acesta este copil; şi aceasta deoarece metafora este un veritabil liant, prin ea terapeutul şi clientul conectându-se afectiv, fapt cu efect direct asupra implicării clientului în procesul terapeutic.

În lucrul cu copiii, cel mai des se utilizează ritualurile metaforice care rezultă dintr-o îmbinare a tehnicii jocului de rol cu realizarea de poveşti şi povestiri metaforice, fie de către terapeut, fie de către copil (această ultimă situaţie fiind cea mai benefică). Copilul este stimulat şi încurajat să intre în rolurile personajelor imaginate de el, care nu sunt altceva decât părţi ale personalităţii sale, de multe ori polare, care necesită concilierea şi integrarea. Deoarece copiii sunt mai sugestibili decât adulţii, este bine ca, în stare de hipnoză, să se adopte tehnica povestirilor terapeutice metaforice, care îl va ajuta pe copil să-şi recunoască problema şi să găsească modalităţi rezolutive pentru ea.

În cazul copiilor, cea mai profitabilă este deci combinarea, într-o manieră creativă, a acestei tehnici valoroase cu alte tehnici psihoterapeutice. Totuşi, având în vedere caracteristicile gândirii copilului (magică, animistă, predominant metaforică), este bine ca în terapie accentul să cadă pe metaforă.

Mişcarea corporală. Mişcarea este considerată a fi unul dintre simţurile noastre. Pentru Lise Liepmann, mişcarea sau percepţia kinestezică reprezintă o senzaţie de atingere internalizată, este ceea ce simţim atunci când muşchii, tendoanele şi articulaţiile funcţionează. În general, modul în care stăm sau în care ne mişcăm, felul în care ne folosim corpul şi îl îmbunătăţim sunt subiecte importante atât pentru adult, cât şi pentru

copil, atât în psihoterapie, cât şi dincolo de aceasta. În ceea ce-l priveşte pe copil este evident că îşi foloseşte în totalitate corpul. Putem urmări cât de atent îşi examinează copilul mâinile şi degetele şi, mai târziu, alte acte produse de corpul său: ciupitul, aruncarea, scăparea, rotirea, rostogolirea. Atunci când copilul va dobândi o capacitate mai bună de a-şi controla mişcările fine va apuca lucrurile cu degetul mare şi cu cel arătător. Copilul pare să dispună de o energie nelimitată şi de posibilităţi motrice multiple de aceea execută toate activităţile corporale cu mai multă preocupare şi cu mai viu interes. Copiii sunt dintr-un anumit punct de vedere mai perseverenţi decât adulţii. Dacă apar probleme, nu renunţă, vor încerca repetat până când, în cele din urmă, vor avea succes.

Este posibil ca, la un moment dat, în copilărie să se întâmple ceva care să blocheze acest proces. Poate fi o boală sau intervenţia părinţilor sau plânsul copilului frustrat în timp ce părintele nu ştie ce să facă. Se pot întâmpla multe lucruri care să restricţioneze corpul unei persoane. Atunci când copilul intră la şcoală, se dezvoltă spiritul competitiv, iar copilul se abţine să mai facă ceea ce alţii se aşteaptă ca el să facă. De exemplu, se va abţine să mai plângă şi-şi va contracta muşchii într-un anumit fel, îşi va strânge umerii sau îşi va lăsa capul în jos pentru a se apăra de atacuri, de cuvinte sau pentru a-şi ascunde manifestările corpului. Deconectarea de corpul lui îl va face pe copil să piardă sensul sinelui, ca şi puterea lui fizică şi morală (Lowen, *The Language of the Body*, 1971).

De aceea, aceşti copii trebuie ajutaţi să-şi redobândească corpul, să-l cunoască, să se simtă bine cu el, să înveţe să-l folosească.

Respiraţia este un aspect foarte important al conştientizării corpului. Teama, frica, emoţia determină o respiraţie superficială. Spre deosebire de aceasta, respiraţia adâncă are efecte pozitive asupra părţilor corpului. Acest lucru se poate explica prin relaţia existentă între oxigen, anxietate şi stare de excitare: cu cât o persoană este mai excitată cu atât are mai multă nevoie de oxigen. Respiraţia adâncă împrăştie anxietatea şi face loc sentimentelor plăcute. De asemenea, jocul este foarte important, pentru că modul de manifestare corporală din timpul jocului developează aspecte ale personalităţii.

Fiecare emoţie se asociază cu o mişcare corporală. Astfel se explică relaţia dintre afectivitate şi motricitate. De multe ori ne abţinem în a ne manifesta natural, iar dacă această „ţinere în chingi" se repetă, în timp vor apărea tulburări emoţionale.

Copiii învaţă funcţionarea muşchilor lor în momentul în care sunt puşi să-şi exprime emoţiile. De asemenea, aceasta este o cale pentru a descoperi alte modalităţi de a se exterioriza, dar şi de a învăţa să-şi nuanţeze exprimările emoţionale.

Există multe modalităţi prin care un copil poate fi convins să-şi exprime trăirile emoţionale. Un exemplu este realizarea unei povestioare în care unui copil i se întâmplă ceva rău, care-l enervează foarte tare, după care i se spune copilului: „Fii acel copil! Arată-mi cum eşti tu supărat! Inventează un dans nervos!".

Conştientizarea, înţelegerea şi acceptarea părţilor sinelui permit o întărire a sinelui şi o mai mare autodeterminare.

I.4. Specificul relaţiei terapeutice în psihoterapia copilului

Din punctul de vedere al activităţii predominante şi specifice, vârsta copilăriei este vârsta jocului, cu tot ceea ce are ea caracteristic. Faptul că un antepreşcolar preferă să se joace mai mult cu adultul, că un preşcolar mic caută copii de vârsta sa, îmbogăţindu-şi jocul

cu obiecte a căror întrebuinţare este o continuă surpriză, indiferent dacă este joc individual, în diadă sau în grup, dincolo de caracteristica sa (jocuri cu roluri sau cu jucării sofisticate, jocuri cu reguli sau în care „regula" este spontaneitatea), jocul este pentru copil *sursa şi resursa energetică*. Jucându-se, copilul află cine este el, cine sunt ceilalţi, învaţă să diferenţieze în interiorul său, să se experimenteze pe sine, să exploreze, să decanteze experienţele şi să le unifice prin găsirea unor puncte comune. Prin joc copilul se construieşte pe sine. Jocul este „oglinda" vieţii interioare, psihice, a copilului. Aşa cum în unele terapii accentul cade pe verbalizare ca activitate transformatoare, tot astfel în terapia copilului jocul este mijloc de imersie în lumea lui, este modalitatea de delimitare a cadrului comun, a relaţiei terapeut – client (copil), dar mai ales este forţa restructurării şi programării în sens evolutiv.

În orice om există un copil, copilul care a fost efectiv, care a trăit şi care continuă să ne îmbogăţească în viaţa adultă. În psihologia vârstelor se vorbeşte despre „adultizarea copilului" ca fiind o tendinţă cu conotaţii negative. Poate ar trebui să vorbim şi despre „infantilizarea adultului", de această dată cu conotaţii pozitive: tendinţa de a coborî în noi înşine şi a păşi către copilul din noi, aşa cum este el, cu nevoi, cu temeri, dar şi cu dorinţe, cu resurse, cu naturaleţe. Maturizarea nu înseamnă asfixierea copilului din noi, nici ascunderea lui, nici fuga de el. Maturizarea începe prin a stabili un contact sănătos şi real cu copilul din noi. Ea implică dezbrăcarea pentru un timp a veşmântului prea scorţos, uneori, al adultului şi mişcarea liberă în veşmântul lejer şi degajat al copilului. Întoarcerea spre copilul din noi, contactul cu el pentru pacifizare şi reunificare, dar şi revenirea la noi înşine reprezintă un proces la care majoritatea renunţă, fiecare din alte motive: de la lipsa de timp până la lipsa de interes faţă de propria persoană şi personalitate (I. Mitrofan, *Terapia unificării*, 2000).

Pentru a intra în contact cu un copil trebuie să-i oferi o oglindă a sa, să laşi copilul din tine să se împrietenească cu el, pentru că, după cum ştim, doi copii interacţionează mult mai sincer, mai deschis şi mai natural, chiar dacă s-au cunoscut în urmă cu două secunde. Trebuie să laşi copilul să se comporte liber, aşa cum îşi doreşte el, aşa cum de la el ar trebui să luăm exemplu. Aceasta este singura modalitate de a intra şi de a te menţine în cadrul copilului, în lumea sa.

Rămânând în acelaşi spaţiu metaforic al „oglinzii" şi al „oglindirii", putem spune că terapeutul îi oferă clientului său o oglindă, asistându-l în demersul său de autoexplorare, premisă a transformării. În cazul în care clientul este un copil, oglinda terapeutului ca adult este inadecvată ca dimensiuni, ca strălucire, este altceva. Clientul aşteaptă să se vadă într-o oglindă potrivită cu sine, iar *pentru clientul-copil „oglinda" este copilul-terapeut*.

Copilul are *cadrul său*, lumea sa, universul său, în care el a investit şi care este valoros pentru el. Schimbarea în terapia copilului trebuie iniţiată şi pregătită din interiorul cadrului copilului. Acesta este primul pas. O dată ce ai pătruns în lumea lui trebuie să fii la fel ca el. Spiritul deschis şi sincer al copilului posedă un „simţ olfactiv" care îl ajută să-şi dea seama dacă vrei să-i impui sau să-l evaluezi, dacă eşti sincer sau dacă îl simulezi. Şi acest lucru poate chiar mai repede decât un adult. Nu numai că va şti, dar va reacţiona în consecinţă, pentru că sinceritatea este o caracteristică a vârstelor mici. Orice atitudine lipsită de autenticitate atrage după sine o expulzare imediată, uneori iremediabilă, din lumea lui. Logica lui, cognitivă sau sentimentală, este una foarte specială pentru că este foarte vie, colorată, neobişnuită, fascinantă. Cadrul copilului trebuie nu numai acceptat, dar mai ales valorizat, pentru că în el se află „sâmburele"

responsivităţii terapeutice şi al eficienţei terapiei. Contactul dintre copilul din noi şi cadrul copilului din faţa noastră devine pilonul principal al procesului terapeutic, pentru că metoda şi tehnicile terapeutice se sprijină pe canalul energetic stabilit între client şi terapeut, fără de care metoda şi tehnica sunt inerte.

Intrarea în lumea lui înseamnă a-i prelua „elemente" din inflexiunile vocii, din expresivitatea corporală şi mimică, din spiritul ludic, din trăirea emoţională. Acestea sunt în strânsă conexiune cu cele mai profunde resurse ale personalităţii, dar şi cu conflictele sale. O dată preluate, ele vor fi convertite în energie transformatoare care-i va fi transmisă înapoi copilului pentru a-şi construi propria reconversie. *Contactul real, adânc şi firesc cu copilul este cel care dă forţă tehnicii terapeutice.* Când lucrezi cu copiii, dintr-o dată totul este posibil, te afli într-un vulcan metaforic care poate erupe oricând. Dar lava lui este foarte preţioasă, pentru că te ghidează în demersul terapeutic. Spiritul ludic al copilului şi al terapeutului leagă, unifică, într-o dublă direcţie: terapeutul cu copilul, dar mai ales copilul cu sine însuşi.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITARY

Capitolul II

Copiii – blocaje şi resurse în psihoterapie. Studii de caz

Elena Otilia Vladislav

Experienţa noastră ne-a condus la câteva observaţii relevante pe cazuri clinice în care am aplicat tehnici de psihoterapie expresivă şi gestalt-terapie (Vladislav, 1996-1997, 2000).

În primul rând, ne-au interesat motivele pentru care copilul este îndrumat spre psihoterapie. Copiii, aflându-se aproape întotdeauna într-o poziţie de strictă dependenţă faţă de părinţi, şcoală sau autorităţi, nu se prezintă spontan la consultaţii, ci sunt aduşi de către alţii, în urma unui şir de incidente, conflicte latente sau manifeste. Puţini părinţi solicită ajutor psihologic pentru copiii lor în cazul în care aceştia prezintă elemente simptomatice uşoare în comportament. Cei mai mulţi se îndreaptă spre cabinetul de psihoterapie când situaţia începe să fie foarte dificilă, uneori insuportabilă, atât pentru copii, cât şi pentru părinţi. Chiar dacă părinţii nu sunt direct afectaţi de comportamentul copilului, ei trăiesc disconfort, anxietate sau simt că trebuie să facă ceva în această privinţă. Uneori, părinţii îşi aduc copiii la terapie pentru că aceştia au suferit incidente traumatizante (abuz, molestare, accident, moartea sau îmbolnăvirea cuiva drag) şi doresc să fie siguri că sentimentele trăite de către copii nu-i vor copleşi şi nu vor avea efect negativ pe termen lung. Cei care îndrumă adesea copiii spre psihoterapie sunt medicii care selectează cazurile ce au nevoie de ajutor psihologic. Doar în mod ocazional, copiii se adresează ei înşişi psihologului, iar aceştia sunt mai ales adolescenţi.

Din interviul preliminar atât cu părinţii, cât şi cu copilul şi din evaluarea psihologică am desprins obiectivele demersului terapeutic. Tehnicile expresive folosite în procesul terapeutic relevă permanent noi informaţii cu privire la pacient. De aceea, obiectivele se pot modifica pe parcursul procesului terapeutic.

Iniţial, am desprins trei tipuri de obiective:

- din perspectiva părintelui;
- din perspectiva copilului;
- din perspectiva terapeutului.

În integrarea şi aprecierea informaţiilor despre tulburarea copilului, am ţinut cont de remarca lui L. Kanner că diverse manifestări „anormale" descrise de către părinţi în plângerile lor nu reprezintă de fapt simptome strict obiective pe care trebuie să le luăm

ca atare, ci descrieri încărcate de un mare grad de subiectivitate. Manifestări ca obrăznicia, irascibilitatea, agresivitatea şi nesupunerea nu reprezintă întotdeauna veritabile manifestări dizarmonice ale copilului, ele sunt de cele mai multe ori expresia unei relaţii necorespunzătoare între părinţi şi copil. De aceea, expectaţiile şi dorinţele părinţilor constituie doar o parte a obiectivelor procesului terapeutic.

Pentru copii, aducerea la cabinet semnifică de cele mai multe ori un moment de mare tensiune, de criză, ei fiind prezentaţi ca „vinovaţi" în faţa autorităţii. Această poziţie de dependenţă, de inferioritate, de culpabilitate şi teama de măsuri neplăcute generează o serie de manifestări de intensitate variabilă cum ar fi plânsul, refugiul în tăcere, aroganţa sau conformismul exagerat. A fost necesar să creăm o atmosferă caldă, empatică, în care i-am ajutat pe copii să-şi expună problema din punctul lor de vedere, să-şi exprime sentimentele, gândurile şi credinţele faţă de această situaţie. Printr-un dialog cald, suportiv şi prietenos, în care copilul simte că este acceptat şi valorizat, se desprind obiectivele terapiei, aşa cum apar ele din perspectiva copilului.

Ştiut fiind faptul că terapia psihologică presupune existenţa relaţiei între terapeut şi client, a fost necesar ca din dialog să reiasă scopurile şi obiectivele comune care să ghideze întâlnirile terapeutice dintre mine şi copil.

Obiectivele terapeutice din perspectiva noastră ca terapeuţi au decurs, pe de o parte, din poziţia teoretică pe care ne situăm şi, pe de altă parte, din analiza datelor obţinute din anamneză, interviul preliminar şi diagnosticul psihologic. Am constatat că între cele trei tipuri de obiective există grade diferite de apropiere şi depărtare, ele tinzând să se apropie din ce în ce mai mult pe măsură ce se avansează în procesul terapeutic.

În studiile de caz de mai jos prezentăm strategia şi demersul terapeutic, motivând alegerea diferitelor tehnici, precum şi efectele obţinute, ilustrându-le cu secvenţe din dialoguri şi desene ale copilului.

Secvenţa finală a studiului de caz va fi acordată discutării câştigurilor terapeutice. Se poate vorbi de efecte de suprafaţă, direct observabile şi manifeste în comportamentul copilului, şi de efecte de profunzime cu acţiune latentă la nivelul dezvoltării personalităţii acestuia, care se instalează abia după un oarecare interval de la sfârşitul curei terapeutice.

Principalul câştig, înregistrat în toate cazurile clinice asistate, este îmbunătăţirea capacităţii de exprimare şi de conştientizare a trăirilor interioare, câştig implicat chiar de folosirea tehnicilor expresive şi gestaltiste, din perspectiva terapiei experienţiale a unificării (I. Mitrofan, 1999, 2000).

II.1. Andrei – un tic vocal sau tuse psihogenă

Andrei are 9 ani, este în clasa a III-a şi a fost adus la cabinet de mama lui din cauza unui tic ce apărea ca o tuse deranjantă pentru el şi pentru cei din jurul lui (familie şi colegi de şcoală). Acest tic apăruse în urmă cu două luni după o răceală, nefiind descoperită nici o cauză somatică în urma analizelor.

Din anamneză reiese că părinţii au divorţat în urmă cu trei ani, Andrei asistând la multe certuri dure între părinţi. Tatăl era alcoolic şi îşi molesta soţia. În prezent, părinţii sunt iarăşi în proces pentru că tatăl îl pretinde pe Andrei. Băiatul este foarte speriat de perspectiva de a locui cu tatăl său şi trăieşte momente de panică ori de câte ori acesta dă telefon. El mai are o soră mai mică cu trei ani pe care nu o poate suferi pentru că i se

pare că seamănă fizic cu tatăl. Copiii sunt în permanent conflict şi mama are tendinţa de a-l proteja mai ales pe băiat pentru că este „bolnav".

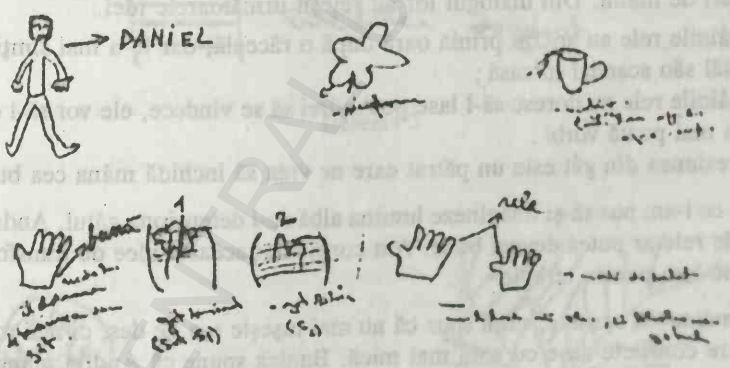
În interviul preliminar, Andrei mi-a spus că tuşeşte ca să-şi dreagă vocea. Simte o presiune în gât care-l apasă şi atunci nu mai poate vorbi. El uită ce a vrut să spună înainte să apară tusea şi spune adesea anumite lucruri „când nu trebuie". Are tendinţa de a vorbi încet şi prezintă unele dificultăţi de exprimare şi de comunicare. La şcoală are rezultate bune, fiind un copil cu intelect peste medie şi silitor.

Din „Desenul omului" reiese că este fixat pe mamă şi pe trecut, este introvertit, egocentric, activ şi imaginativ. Desenul mai indică şi tendinţa de a fi impulsiv, nevoia excesivă de securitate afectivă şi nevoia unui suport solid.

Un prim obiectiv al demersului terapeutic, ţinând cont de situaţia familială tensionată ce nu poate fi încă rezolvată, a fost acela de a-l ajuta pe Andrei prin tehnici expresive să-şi exprime sentimentele şi poziţia faţă de tic, iar prin lucrul imaginativ cu ajutorul metaforei şi simbolului am intenţionat să-l ajut să se deschidă spre noi căi de rezolvare a conflictului interior.

În prima sesiune, l-am rugat să-şi deseneze simptomul, motivul pentru care i-a apărut, cum apare gâtul lui atunci când are tuse şi cum va fi atunci când aceasta va dispărea, precum şi cine îl ajută să scape de tensiunea din gât.

A desenat o pată galbenă ca o floare cu cinci petale care spune că îi acoperă corzile vocale atunci când apare tusea. Simptomul este provocat de două mâini de bărbat care-i blochează gâtul şi nu-l lasă să vorbească. Cea care îi vine în ajutor este o mână bună care se luptă cu mâinile (şi ea îl scapă pe Andrei de tensiunea din gât) (desenul 1).



Desenul 1

Am folosit o tehnică de fantazare rugându-l pe copil să închidă ochii, să intre în spaţiul său interior şi să-şi imagineze lupta dintre cele trei mâini. El descrie foarte implicat şi nuanţat această bătălie şi spune că mâinile rele sunt închise într-un pătrat în interiorul gâtului (camerele lor) şi prin faptul că trag de colţurile pătratului se formează simptomul. I-am sugerat să-şi imagineze o lumină albă care vine şi mângâie muşchii gâtului, ajutându-i să se destindă. Aceasta vine în ajutorul mâinii bune. După ce şi-a imaginat acest lucru, băiatul a semnalat apariţia unor „lumini negre" pe care l-am sfătuit să le ignore. Întrebându-l ce s-ar întâmpla dacă ar învinge mâinile rele, Andrei mi-a spus că el ar mai putea să vorbească foarte puţin, dar el crede că o să învingă mâna cea bună

în final. L-am rugat să le întrebe pe mâinile rele dacă au ceva împotrivă să-l ajut pe Andrei să se vindece. După un moment de tăcere, el mi-a răspuns că acestea sunt indiferente faţă de orice intervenţie din afară şi stau închise în camerele lor. Însă mâna bună vrea să o ajut. Ea are nevoie de ajutor pentru a învinge (desenul 2).

Desenul 2

În continuare, folosind tehnica fantazării, Andrei a reprodus o nouă discuţie între cele două tipuri de mâini. Din dialogul lor au reieşit următoarele idei:

- mâinile rele au apărut prima oară după o răceală, dar le-a mai simţit când făcea tatăl său scandal în casă;
- mâinile rele nu doresc să-l lase pe Andrei să se vindece, ele vor să-l determine să nu mai poată vorbi;
- presiunea din gât este un pătrat care ar vrea să închidă mâna cea bună.

După ce l-am pus să-şi imagineze lumina albă ce-i detensiona gâtul, Andrei a declarat că mâinile rele ar putea deveni bune. Am considerat această idee de transformare ca un prognostic bun pentru terapie.

În următoarea sesiune, mi-a spus că nu mai tuşeşte aşa de des, ci mai mult îşi drege vocea. Are conflicte dese cu sora mai mică. Bunica spune că Andrei plânge din orice.

Legat de „lucrul pe metaforă", copilul mi-a spus că nu mai simte mâinile aşa puternic pe gât.

Sesiunea aceasta nu am mai lucrat cu imaginarea luminii albe, ci am mers pe ideea transformării mâinilor.

> Imaginează-ţi cum mâinile rele devin uşoare, foarte uşoare, se îndepărtează de gâtul tău ca nişte aripi de culoare gri-deschis, se îndepărtează din ce în ce mai mult până dispar.

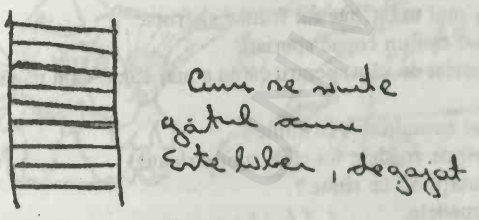
Am ales această culoare pentru că se ştie că are efect sedativ. L-am sfătuit să folosească acest exerciţiu al îndepărtării mâinilor de pe gât ori de câte ori simte vreo presiune în gât şi vrea să-şi „dreagă" vocea. Apoi, am realizat împreună un desen prin tehnica cooperării şi l-am rugat pe Andrei să realizeze o poveste plecând de la acest desen. A numit-o *Povestea animalelor*. Pe scurt, povestea era despre o răţuşcă pe care o urmărea un lup ce

vroia să o mănânce. A salvat-o însă un răţoi. În final, răţuşca a scăpat uşor vătămată (câteva pene rupte) din ghearele lupului şi s-a ales şi cu un prieten. Andrei a dovedit că are imaginaţie şi simţul umorului şi găseşte soluţii de rezolvare în situaţii conflictuale.

În sesiunea următoare, Andrei a elaborat o nouă poveste după un desen realizat prin tehnica cooperării care se numea *Copilul şi măseaua*. Aici, copilul nu vroia să meargă la dentist, însă l-a dus tatăl lui cu forţa şi totul s-a sfârşit cu bine.

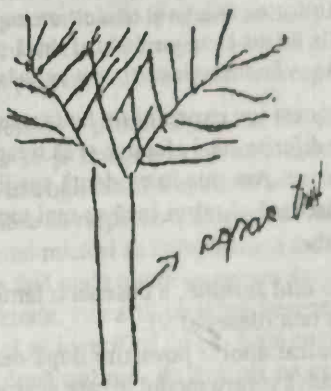
Am lucrat din nou exerciţiul imaginativ cu mâinile ce se depărtează de gât şi tehnica haşurării, prin care l-am pus pe Andrei să-şi imagineze că o dată cu linia trasă cu creionul pe foaie se eliberează de tensiunea din gât care se scurge prin mână până în vârful creionului. A simţit cum, pe măsură ce haşurează, gâtul său devine din ce în ce mai degajat şi detensionat. I-am spus să facă acest exerciţiu de haşurare ori de câte ori îi vine să-şi dreagă vocea.

În această sesiune, îşi simte gâtul liber, degajat şi îşi drege vocea din când în când. A făcut un desen care reprezintă această situaţie (desenul 3). I-am spus să deseneze patru copaci: unul fericit, unul trist, nemulţumit, altul speriat şi, în sfârşit, unul mulţumit (desenele 4, 5, 6, 7 şi 8). Am realizat apoi împreună un joc expresiv de identificare cu copacul.

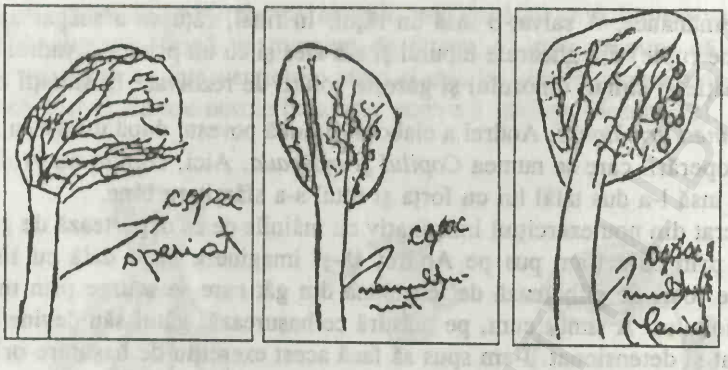


Desenul 3

Desenul 4



Desenul 5



Desenele 6, 7 şi 8

Notez în continuare elemente din dialog:

Terapeutul: – Fii un copac fericit. Ce simţi?

Andrei: – Am fructe, frunze.

T: – Fii acum un copac trist. Ce simţi?

A: – Sunt singur, mai uscat, nu am frunze şi fructe.

T: – Ce simţi când eşti un copac speriat?

A: – Copacul e speriat de vânt, pentru că nu a mai văzut vânt până acum. Mi-e frică, frig, mă simt rău.

T: – Dar un copac nemulţumit ce simte?

A: – E nemulţumit de roadele lui care sunt stricate!

T: – Şi copacul mulţumit ce simte?

A: – I s-au copt roadele.

T: – Bun. Acum fii din nou copacul bucuros. Imaginează-ţi că vine furtuna. Ce simte copacul?

A: – Este foarte supărat şi îi e teamă, se îndoaie din cauza vântului. (Face gesturi de îndoire şi se mişcă din mâini şi din trunchi.)

T: – Să ne imaginăm că trece furtuna acum. Ce simte copacul?

A: – Este speriat şi trist că are impresia că ceilalţi copaci din familia lui au fost doborâţi.

T: – Uită-te în jurul tău şi caută-ţi familia. Ce simte copacul?

A: – Se înveseleşte treptat pe măsură ce îi vede pe ceilalţi din familia lui.

Prin acest joc expresiv de fantazare şi mişcare am urmărit să-l determin pe Andrei să exprime diferite stări afective şi să treacă, la nivel metaforic, prin procesul de îmbolnăvire şi vindecare. Am pus în evidenţă sprijinul pe care i-l oferă membrii familiei care nu vor să-l părăsească. Andrei încă se mai temea că tatăl va câştiga procesul şi-l va lua de lângă mama lui.

Într-o altă sesiune, a desenat o familie. Membrii familiei erau: un băiat de 20 de ani, mama şi tata (desenul 9).

A realizat apoi o povestire după desen pe care o redau mai jos pentru că mi se pare semnificativă pentru modul în care apar sentimentele lui Andrei faţă de membrii familiei sale.

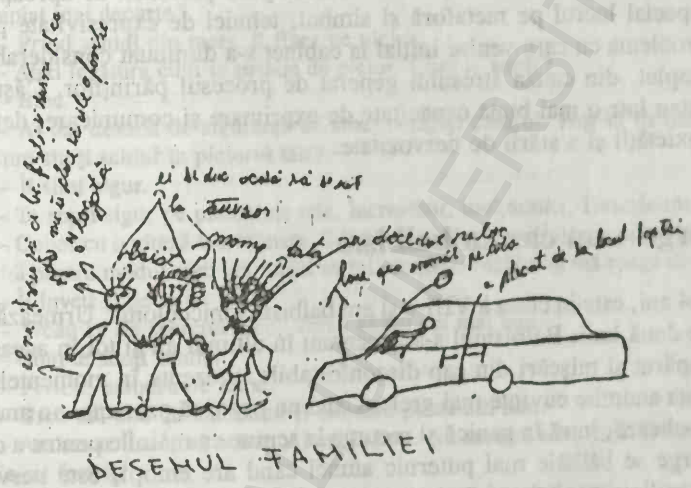
Andrei: – Cei trei sunt pe stradă şi maşinile vin să-i calce. Ei sunt speriaţi de moarte. Maşina îi calcă. Cel mai rău îl loveşte pe tată care este speriat cel mai tare. El nu scapă. Pe ceilalţi doi nu-i loveşte maşina.

Şi băiatul, şi mama se simt liberi, parcă ar fi ieşit dintr-o cuşcă. Ei pleacă acasă şi pe tată îl lasă pe stradă călcat de maşină. Ei se uită la TV. Au pus pe cineva să înregistreze cum a murit tata şi se uită la casetă. Cel de la volan nu o să fie pedepsit. A plecat de la locul faptei şi nu mai este de găsit.

Băiatul nu mai avea fraţi sau surori. Nu-i plăcea să aibă nici o soră şi nici un frate. Abia a scăpat de un nebun şi nu mai vroia un alt nebun. Vrea să fie singur. E mai fericit aşa. Vrea ca mama să-l iubească numai pe el.

Terapeutul: – Ce s-ar întâmpla dacă ar avea un frate sau o soră?

A: – Mama nu l-ar mai iubi. L-ar iubi numai pe cel mic. Pe tată îl înmormântează. Copilul şi mama sunt fericiţi.



Desenul 9

I-am dat ca temă pentru acasă să continue exerciţiul de degajare a gâtului şi să realizeze printre colegii lui de clasă un „reportaj" cu titlul: „De ce este bine să ai fraţi?", pe care să-l discutăm şedinţa viitoare. Nu s-a arătat prea entuziasmat, dar a acceptat ideea.

Într-o altă sesiune, i-am indus o stare de relaxare profundă. A lucrat şi tehnica „oglinzilor paralele" de origine NLP. I-am spus să-şi imagineze că este aşezat pe un scaun şi are în faţă şi în spate câte o oglindă. Privind oglinda din spate el se vede pe sine dregându-şi vocea şi stresat. L-am pus să-şi imagineze că respectiva imagine devine tot mai ştearsă, mai estompată, mai lipsită de culoare, tot mai mică şi se îndepărtează tot mai mult.

Apoi, îşi imaginează că priveşte în oglinda din faţă unde apare imaginea dorită: nu-şi mai drege vocea, nu mai simte tensiune şi nervozitate. Această imagine devenea tot mai mare, mai colorată şi mai strălucitoare şi în final el se identifică cu ea. I-am sugerat după ce a revenit din relaxare să facă exerciţiul celor două oglinzi, de 2-3 ori pe zi, timp de două săptămâni. Am urmărit astfel să lucrez direct pe dispariţia simptomului care mi s-a părut că putea fi privit şi ca un comportament învăţat şi întărit. Nu am mai continuat lucrul pe mataforă. Mâinile rele au dispărut. Andrei mai simte încă tensiune şi greutate în gât, parcă mâinile ar fi lăsat-o acolo, „ca o flegmă".

Ultima sesiune a fost după vacanţa de vară. Mi-a povestit foarte volubil cum a petrecut, pe unde a fost şi nu şi-a dres vocea niciodată în cabinet. Mama mi-a spus că îi mai revine ticul atunci când este pus să-şi facă temele.

Deoarece am simţit că progresul terapeutic a atins un plafon şi cum ticul nu mai era deranjant, diminuându-se mult şi având şi un efect secundar de a atrage şi afecţiunea mamei, am încheiat aici demersul terapeutic, urmând să revină la cabinet după o perioadă de timp mai îndelungată.

Concluzii

În cazul lui Andrei, procesul terapeutic a decurs pe o perioadă de aproape 5 luni şi a cuprins în special lucrul pe metaforă şi simbol, tehnici de expresivitate prin desen şi povestire. Problema cu care venise iniţial la cabinet s-a diminuat considerabil, însă nu a dispărut complet, din cauza stresului generat de procesul părinţilor. Câştigurile terapeutice constau într-o mai bună capacitate de exprimare şi comunicare, detensionare şi scădere a anxietăţii şi a stării de nervozitate.

II.2. George – un caz cu balbism

George are 14 ani, este în clasa a VIII-a şi are balbism tonicoclonic. Urmează tratamentul logopedic de două luni. Balbismul s-a accentuat în ultimul an şi tot în această perioadă de timp au apărut şi mişcări din cap disconfortabile, prezente în momentele în care nu poate pronunţa anumite cuvinte mai grele. Când nu poate să pronunţe un anumit cuvânt, băiatul se blochează, intră în panică şi recurge la semne cu mâinile pentru a comunica cu ceilalţi. George se bâlbâie mai puternic atunci când are emoţii, este nervos sau prea obosit. Are tendinţa să vorbească prea repede. El este inteligent, comunicativ, prezintă o uşoară anxietate de a vorbi în public şi este motivat pentru terapie. Atât tatăl, cât şi bunicul din partea tatălui sunt balbici. Mama are faţă de băiat o atitudine criticistă, hiperprotectoare şi este foarte cicălitoare. În schimb, relaţiile cu tatăl şi sora mai mare sunt bune, bazate pe înţelegere.

Obiectivele demersului terapeutic, acceptate atât de către părinţi, cât şi de copil au fost următoarele: reducerea nivelului de anxietate, eliminarea mişcărilor capului şi antrenarea în a vorbi mai calm şi mai controlat.

Demersul terapeutic a inclus în special tehnici de relaxare, şi pentru reducerea anxietăţii am utilizat tehnica imaginaţiei dirijate, tehnici gestaltiste de conştientizare şi lucrul cu metafora. În timpul relaxării, George a vorbit cu voce tare pentru a asocia vorbirea rară, clară cu starea de calm şi relaxare.

Citez în continuare însemnări din şedinţele mai importante din lumina progresului terapeutic.

În prima sesiune, i-am indus o stare de relaxare profundă, cu imaginea unui loc în care se simte bine, relaxat, calm.

Terapeutul: – Descrie tot ceea ce vezi, auzi şi simţi.

George: – Stau pe zăpadă. O simt rece, primitoare. Văd telecabina deasupra mea, schiori ce coboară pârtia. Este la Poiana Braşov... Încep să cobor şi eu, întâlnesc un hop, îmi sare un schi din picior.

T: – Ce simţi acum?
G: – Mă sperii şi mi-e frică. Apoi recuperez schiul şi cobor iar.

Am punctat siguranţa de sine şi controlul de care a dat dovadă pentru a-şi recupera schiul.

George descrie cum ajunge jos ultimul. Colegii lui vor să mai facă o tură. El nu mai vrea, simte teamă şi de atunci îi este frică să schieze. L-am pus să trăiască din nou coborârea „acum şi aici" şi să descrie ce simte când i se desprinde schiul.

G: – Simt groază, frică. (*Pulsul i se accelerează, retrăieşte situaţia în mod autentic.*)
T: – Din ce cauză s-a desprins?
G: – Legătura nu era bine prinsă.
T: – Oricui i se poate întâmpla să nu aibă legătura la schi bine prinsă. Nu este vina ta. Ce s-a întâmplat mai departe?
G: – Prind schiul din mers, îl fixez pe picior.
T: – Auzi legătura cum se prinde de picior. Cum te simţi?
G: – Bine.
T: – Ai dat dovadă de siguranţă de sine, curaj şi control. Poţi să fii mulţumit de acest lucru. Cum simţi schiul în piciorul tău?
G: – Îl simt sigur.
T: – Te simţi sigur pe picioarele tale, încrezător, mulţumit... Descrie-mi mai departe.
G: – Cobor cu o viteză foarte mare, îi întrec pe colegii mei. Ajung primul jos. Colegii mei mă felicită pentru modul cum am reuşit să-mi recuperez schiul şi mă roagă să-i învăţ şi pe ei.
T: – Îi înveţi şi pe ei?
G: – Vreau să fie secretul meu. Vreau să fiu cel mai bun.
T: – Cum te simţi acum?
G: – Fericit, mândru de mine.
T: – Urcă din nou cu teleschiul şi coboară panta din nou.
G: – Am urcat. Încep să cobor. Ajung la hop. Nu-mi mai este frică. Îl trec, ajung cu bine jos. Mă simt fericit.
T: – Trăieşte această stare de fericire şi simte-o cu întregul corp.
Oftează, se vede mulţumirea pe faţa sa.

În continuare, George a mai descris încă două situaţii imaginare din care a reieşit: neîncrederea în sine, dorinţa de a fi cel mai bun, rezolvarea imaginară a unor frustraţii din viaţa reală, dorinţa de a i se acorda consideraţie de către colegi. Timp de o oră, cât a durat relaxarea, bâlbâiala a dispărut complet.

În următoarea sesiune, George a afirmat că se bâlbâie mai tare şi în situaţiile în care se ceartă cu anumiţi colegi. Atunci se simte neajutorat.

În stare de relaxare, l-am rugat să aducă în prezent o situaţie conflictuală cu colegii.

Mi-a descris o situaţie din clasa a VII-a.

L-am rugat apoi să descrie situaţia din nou, cu mai multe amănunte, să vorbească la timpul prezent şi să spună de fiecare dată ce simte.

După ce mi-a descris mai amănunţit ceea ce s-a întâmplat, dialogul a urmat astfel:

Terapeutul: – Acum retrăieşte situaţia pas cu pas, dar aşa cum ai vrea tu în momentul acesta să se întâmple. Este normal pentru George cel de atunci să simtă ură şi mânie pentru colegul lui, dar nu şi pentru George cel de acum.

Îl rog pe George cel de acum să-i transmită lui George cel din clasa a VII-a cum să retrăiască evenimentele pentru a avea un efect pozitiv asupra lui.

George: – Merg la banca prietenului meu. Îl întreb de teme. Nu şi le făcuse, ca de obicei. Mă împinge în glumă. Noi glumim aşa des. Nu mă supăr. Intru în colegul meu ce se află la

cuier, care se loveşte de nişte haine. Mă împinge şi el uşor. Nu mă lovesc de bancă. Îi cer scuze pentru că l-am lovit.

El spune că mă iartă, dar să nu se mai întâmple altă dată. Colegul îmi zâmbeşte în timpul orei. Îi zâmbesc şi eu. În pauză vorbim ca nişte prieteni. Mă simt fericit.

După revenirea din relaxare :

G : – Mâine mă împac cu prietenul meu.

Adaug aici că, după cearta din clasa a VII-a, George nu mai vorbise cu colegul lui de clasă.

Am urmărit prin acest dialog de factură gestaltistă recuperarea energiei blocate de nerezolvarea acestui conflict din trecutul pacientului.

În următoarea sesiune, am introdus lucrul pe metaforă.

În starea de relaxare, George şi-a imaginat că este la munte şi se simte relaxat, fericit.

Terapeutul : – Observă că în dreapta ta este o pantă de munte pe care ştii că trebuie să o urci. Acest versant este drumul vindecării tale. Descrie cum urci această pantă şi ce simţi.

George : – Îmi pregătesc instrumentele de escaladare. Bat două piroane în stâncă, mă agăţ de ele şi încep să urc. Uneori îmi mai alunecă piciorul, dar îmi revin, merg mai departe... Când bat un piron, cade piatra în jos...

Îl încurajez să remedieze situaţia şi să urce şi mai sus.

G : – Când mai am o treime până în vârf nu mai pot să urc, intru în panică.

Observ acum că începe să se bâlbâie şi i se accelerează pulsul.

T : – Încearcă să depăşeşti această stare de panică. Strânge coarda mai bine pe lângă tine, caută să-ţi găseşti o poziţie mai sigură şi mai comodă şi, după ce te afli în siguranţă, priveşte în jurul tău şi observă ce anume te sperie.

G : – În jos e abrupt şi o parte din mine nu mă lasă să merg mai departe, iar o altă parte din mine vrea să urc.

T : – Întreb-o pe acea parte din tine ce nu te lasă să mergi mai departe, de ce vrea acest lucru.

G : – Îi este teamă că am să cad.

T : – Cine este acea parte din tine?

G : – Este formată din toate incidentele din viaţa mea pe care le mai ţin minte sau pe care le-am uitat.

T : – Să înţeleg că această parte se teme de un nou eşec?

G : – Da.

T : – Din cele ce mi-ai spus am înţeles că în tine se află o parte care este formată din toate incidentele din viaţa ta urmate de un eşec şi care vrea să te protejeze de un nou eşec – s-o numim *Apărătoarea* – şi o parte care vrea să învingi – partea *Vindecătoare* –, care te îndeamnă, te susţine să mergi mai departe. Amândouă îţi vor binele, fiecare în felul său. În tine mai există o parte *Creativă* care răspunde de găsirea de noi soluţii la situaţia problematică în care te afli acum. Te rog să le inviţi pe cele trei părţi din tine în subconştient şi roagă-le să negocieze o soluţie la situaţia problematică în care te afli care să le convină tuturor. După ce au găsit soluţia, s-o transmită minţii tale conştiente care s-o pună în aplicare.

G : – Cele trei părţi au găsit soluţia să merg mai departe şi chiar dacă alunec, să încep să urc din nou, până ajung în vârful pantei.

T : – Ce simţi acum când ai ajuns în vârf?

G : – Fericire. Mă simt un învingător.

T : – Trăieşte starea de fericire şi fii conştient de calităţile pe care ţi le-ai pus în evidenţă în acest urcuş – perseverenţă, curaj, încredere în tine, dorinţa de a te vindeca – şi ele vor fi ca nişte resurse care te vor susţine în evenimentele din viaţa de zi cu zi.

Şi în această sesiune, George a lucrat metaforic asupra fricii sale, reuşind să se elibereze de ea.

În următoarea sesiune, am revenit, în timpul relaxării, la imaginea pantei de munte. George mi-a relatat că vârful muntelui este mai jos, mai mic decât prima oară. I-am spus să descrie urcuşul şi să-mi comunice ceea ce simte. El se implică în fantazare, descrie cum se ţine de rădăcinile plantelor şi trăieşte fericire, simte vindecarea foarte aproape. I-am spus să retrăiască impasul pentru că mai are de învăţat ceva din acest eveniment şi să personifice cele două părţi care i-au apărut în şedinţa anterioară. Partea ce vrea să urce este „Un tânăr de 18 ani care mă încurajează să urc şi să continuu drumul. Acesta vorbeşte perfect şi sunt eu la 18 ani". Partea care îl trage în jos este un copil de 11 ani „Care îmi zice să mă duc înapoi că voi da greş, să nu fie un alt eşec. Sunt tot eu la 11 ani, vârsta când am căzut în prăpastie şi când bâlbâiala s-a agravat şi a apărut ticul".

George: – Prăpastia e o gaură în mine creată de oboseală, de stres, de supărare, care la 11 ani s-a adâncit şi s-a lărgit şi m-a făcut să cad în ea.

Terapeutul: – Vorbeşte-mi de această supărare pe care o simţeai la 11 ani.

G: – Mă supăram pe profesori când îmi dădeau note mici şi mai erau desele certuri dintre părinţi.

T: – Ce înseamnă pentru tine vârsta de 18 ani?

G: – Vârsta când mă voi vindeca, voi scăpa de liceu, când o să mă odihnesc, o să fie o perioadă foarte lungă.

T: – Lasă cele două părţi din tine să intre în dialog.

G: – Cel de 11 ani vrea să rămână la starea aceea de oboseală, de stres, pentru că s-a obişnuit cu ea. Cel de 18 ani vrea să-l facă şi pe cel de 11 ani să se odihnească, să se simtă bine şi el şi îl învaţă să privească spre viitor, spre bine. Apoi mă vor lăsa să-mi continuu drumul, să ajung în vârf.

T: – Cum se simte George cel de 14 ani acum?

G: – Un pic mai odihnit. Cel de 18 ani l-a învăţat să nu o mai bage în seamă pe mama când îl ceartă.

Prin dialogul celor trei părţi din el, George a lucrat, pe de o parte, asupra stresului trăit la vârsta de 11 ani şi, pe de altă parte, şi-a exprimat trăirile negative pe care le are faţă de mama sa, precum şi modul în care vede el ieşirea din situaţie. Vârsta de 18 ani reprezintă pentru el şi eliberarea de sub tutela părinţilor, din mediul conflictual al familiei care, după părerea lui, îi menţin bâlbâiala şi disconfortul zilnic.

În sesiunea următoare, apare ca principală problemă mişcarea din cap.

George mi-a explicat cum se ajută de această mişcare să pronunţe anumite sunete, mai ales consoanele. Îşi simte muşchii gâtului contractaţi, îi este jenă, se gândeşte că ceilalţi râd de el.

L-am introdus pe George în relaxare prin imaginarea scurgerii tensiunilor din corp şi mi-a spus că muşchii gâtului continuă să rămână încordaţi, la fel ca atunci când se bâlbâie şi dă din cap. Simte panică. Întrebându-l cum simte panica a ales să o descrie în termeni vizuali: are formă ovală, este mare, clară, se aşază în tot corpul, are culoarea maron-roşcat. Am utilizat o tehnică NLP de transformare a caracteristicilor acestei imagini. I-am spus să transforme imaginea iniţială într-o sferă mică, mai puţin clară, transparentă, de culoare verde-albăstrui şi să-şi imagineze că această sferă se învârte în zona pieptului în sensul acelor de ceasornic din ce în ce mai repede, se micşorează din ce în ce mai mult până dispare. În final, muşchii cefei nu mai sunt contractaţi şi panica a dispărut.

În următoarea sesiune, mi-a spus că mai intră în panică atunci când nu poate să pronunţe anumite cuvinte în dialogul cu anumite persoane, dar nu la fel de puternic ca

în trecut. L-am rugat să-şi imagineze că în faţa lui este o persoană importantă şi să spună ce simte în momentul în care se întâmplă să se bâlbâie. El redă modul în care intră în panică, i se contractă muşchii gâtului, îi este ruşine şi ciudă că persoana respectivă (un coleg de clasă) îşi va forma o părere greşită despre el.

Terapeutul: – Ce simţi în această situaţie?

George: – Dar nu mă interesează ce cred alţii despre mine.

T: – Înţeleg că în tine sunt doi de George: unuia îi este frică şi ruşine atunci când se bâlbâie în faţa anumitor persoane, celuilalt nu-i pasă de ceea ce gândesc alţii despre el.

G: – Da.

În stare de relaxare, l-am rugat să-i cheme pe cei doi George (cel Fricos şi cel Curajos) şi să-i lase să dialogheze, să-şi spună punctul de vedere şi să-şi argumenteze părerile.

T: – Cum apar cei doi George?

G: – Pe cel Fricos îl văd tremurând, pe cel Curajos îl văd mai înalt, cu pieptul în faţă.

T: – Ce-şi spun ei?

G: – Cel Fricos spune că îi este ruşine de ceea ce gândesc ceilalţi despre el. Are şi el mândria lui. Celălalt spune că nu-l interesează părerea celorlalţi şi că toţi oamenii au şi calităţi, şi defecte.

T: – Cei doi ştiu că există persoane cărora nu le pasă de cum vorbeşte George, ci sunt interesate de ceea ce comunică el?

G: – Cel Fricos nu ştie, Cel Curajos ştie că există persoane care-l înţeleg.

T: – Roagă-l pe George cel Curajos să-i spună şi lui George cel Fricos care sunt acele persoane. (*Un moment de pauză.*) I le-a comunicat?

G: – Da.

T: – Poţi să le spui şi cu voce tare. Sunt din familie?

G: – Nu. Sunt prietenii mei de la şcoală. Colegul meu de bancă, mai ales, care mă înţelege cel mai bine, că are şi el defectele lui.

T: – Ce simte George cel Fricos acum, când a aflat că există şi persoane ce au o părere bună despre el?

G: – Se simte mai bine. Nu mai tremură aşa de tare.

T: – Roagă-l pe George cel Curajos să-l liniştească, să-l încurajeze pe George cel Fricos.

T: – Acum am să-i rog pe cei doi să se ia de mână şi să se îndrepte spre creasta de munte cunoscută din şedinţele anterioare şi să o urce împreună. Cum e urcuşul? Descrie-l.

G: – Este mai uşor. Acum sunt doi şi se ajută, se trag unul pe altul.

T: – Este mai uşor în doi.

G: – Da. Ajung acum sus.

T: – Cum se simt acum când au ajuns în vârf?

G: – Se simt fericiţi, mulţumiţi. Nu mai pot să-i disting, seamănă foarte mult.

T: – Da. Sunt amândoi curajoşi şi sunt tot George. Lasă-i să se confunde unul cu celălalt, să devină unul singur şi intră tu în această imagine. Nu o mai vezi din exterior, ci te confunzi cu ea. Ce simţi acum?

G: – Mă simt mai bine. Mă simt unul singur, înainte eram împărţit în două. Acum sunt întreg.

După ce am revenit din relaxare, l-am rugat să-şi imagineze că vorbeşte cu o persoană şi se bâlbâie.

T: – Ce simţi în această situaţie?

G: – Nu mai simt panică şi ruşine. Pot să mă controlez şi să vorbesc corect.

T: – Foarte bine. Te rog ca în conversaţiile pe care le ai cu diferite persoane, să-ţi observi reacţiile şi să foloseşti ceea ce ai câştigat în şedinţa de terapie.

Concluzii:

George se află în psihoterapie de peste două luni şi continuă tratamentul. În această perioadă, anxietatea s-a redus, a învăţat să se relaxeze, să vorbească mai calm şi controlat,

să-şi stăpânească mişcarea din cap, care apare mai rar, şi are mai multă încredere în el. În cazul lui, am pus accent în special pe relaxare şi am combinat tehnica expresivă de fantazare cu cele gestaltiste de focalizare, de lucru asupra părţilor interioare şi lucrul pe metaforă. Am folosit şi exerciţii de respiraţie completă, amplă. Un obiectiv principal în demersul terapeutic viitor va fi acela de a detensiona relaţiile dintre băiat şi mama sa.

II.3. Dana – clipitul buclucaş şi gelozia fraternă

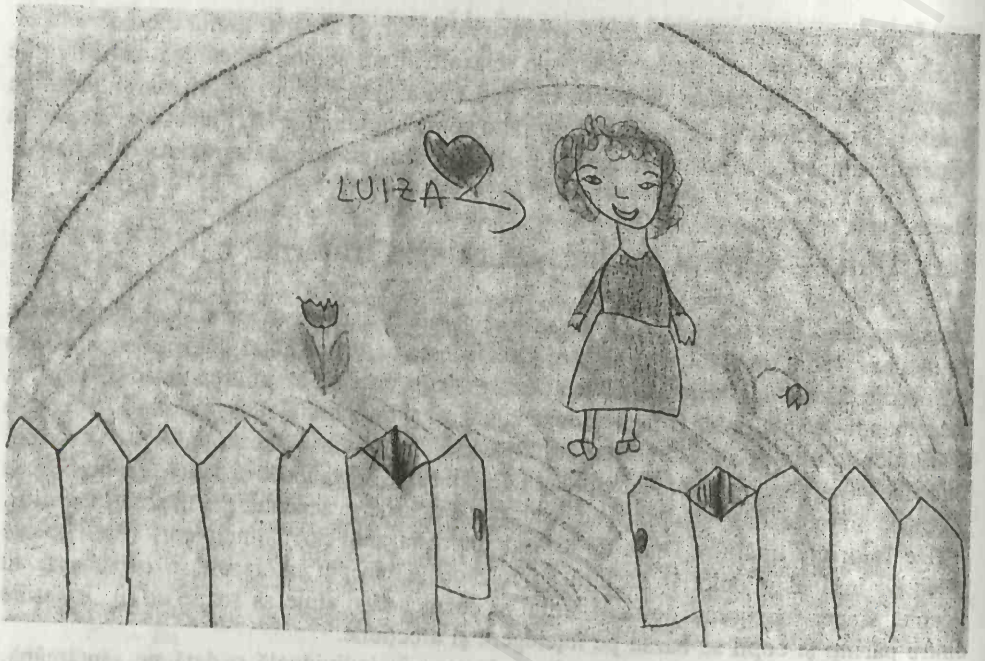
Dana are 8 ani. Este o elevă sârguincioasă, în clasa a II-a, cu rezultate şcolare foarte bune. Ea mai are o soră de 2 ani, faţă de care joacă adesea un rol parental. Părinţii au adus-o la cabinet din cauza unui tic de clipit (blefarospasm), care a apărut în urmă cu un an şi jumătate, accentuându-se în ultimul timp şi antrenând uneori şi muşchii feţei. În perioada în care i-a apărut ticul, un coleg a lovit-o la nas destul de rău, într-o ceartă pe care au avut-o la şcoală. De atunci, Dana are o părere foarte proastă despre băieţi. Zgomotele şi sunetele puternice au speriat-o dintotdeauna, şi părinţii au observat că ticurile se accentuează în aceste condiţii.

De la prima întâlnire Dana mi-a lăsat impresia unui copil inteligent, vesel, foarte receptiv, însă uşor emotiv. Părinţii au fost de la început interesaţi să colaboreze în terapie, sincer îngrijoraţi de ticul fetiţei şi dornici să o ajute să scape de el. Relaţiile dintre părinţi şi copil se bazau pe înţelegere şi afecţiune.

Am hotărât să mă întâlnesc cu Dana în terapie individuală o dată pe săptămână, obiectivul sesiunilor terapeutice fiind descoperirea şi lucrul asupra conflictelor interioare ce au dus la apariţia şi întreţinerea ticului.

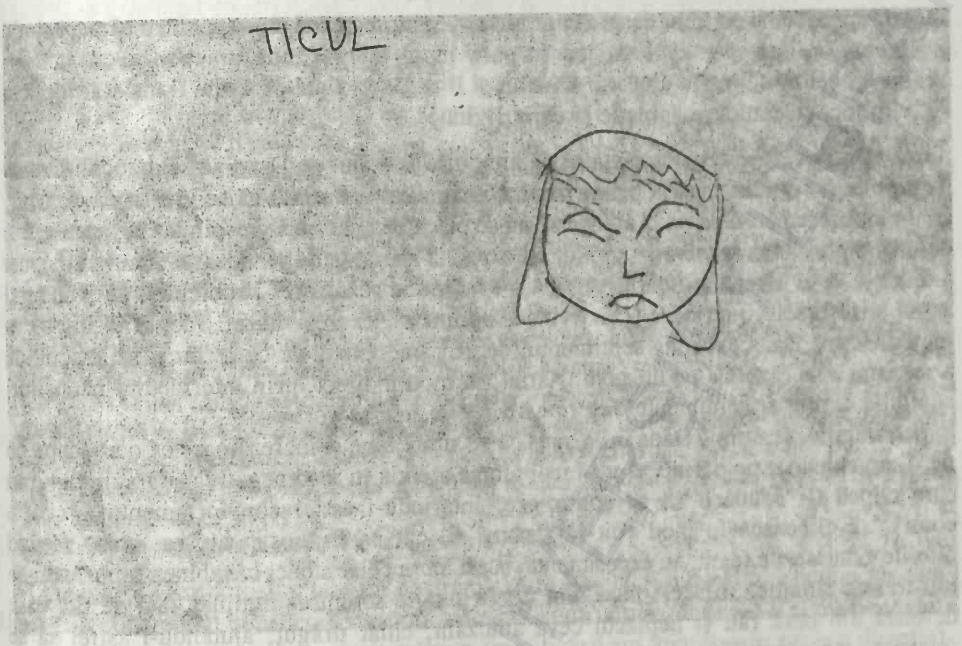
Sesiunea întâi. La început, am rugat-o pe Dana să facă un desen liber. A desenat-o pe Luiza, sora ei mai mică, într-un context idilic : o grădină cu flori şi un curcubeu mare în spate. Fetiţa părea să fie fericită, veselă, înconjurată de dragoste (inimioara de lângă ea). Apoi şi-a desenat familia. Am observat valorizarea imaginii materne (mama este desenată prima şi domină desenul), tatăl este desenat ultimul, mai în spate, motivează acest lucru prin faptul că acum au mai puţin timp pentru a se juca împreună decât înainte. Cel mai mult o preocupă propria imagine desenată, la care ştergea des, spunând că este urâtă. Tot desenul era împodobit cu inimioare roşii, care reprezentau dragostea ei pentru fiecare membru al familiei (desenele 10 şi 11).

Aceste două desene, m-au făcut să mă gândesc că Dana avea o slabă acceptare de sine, regreta că nu este în locul surorii ei şi dorea o mai mare atenţie din partea părinţilor, în special din partea tatălui. Rivalitatea faţă de sora ei era inconştientă şi nerecunoscută, fiind legată în special de avantajele oferite de o vârstă mai mică. În a doua parte a sesiunii ne-am concentrat atenţia asupra problemei cu care venise : ticul. Mă interesa să aflu părerea Danei despre această situaţie şi să o încurajez că vom găsi împreună o rezolvare. M-am folosit de metaforă şi am rugat-o să-şi deseneze „ticul". L-a reprezentat ca pe o faţă tristă, supărată. Pe urmă, a făcut un desen al problemei rezolvate, printr-o faţă veselă, care râde, viu colorată şi spune că acum se iubeşte pe ea (desenele 12 şi 13). Observ că au apărut iarăşi sentimente negative pe care le are faţă de sine din cauza ticului şi aflu că trăieşte tensionat această situaţie. Folosindu-mă de jucării, îi propun Danei să aleagă un personaj care ar putea veni în ajutorul ei şi să o scape de tic. A ales o pasăre care ar sta tot timpul cu ea şi ar urmări-o să nu mai aibă ticuri (dorinţa de autocontrol). Un dinozaur din pluş îl reprezenta pe Vrăjitorul cel bun, care o ajută să se vindece. Alege

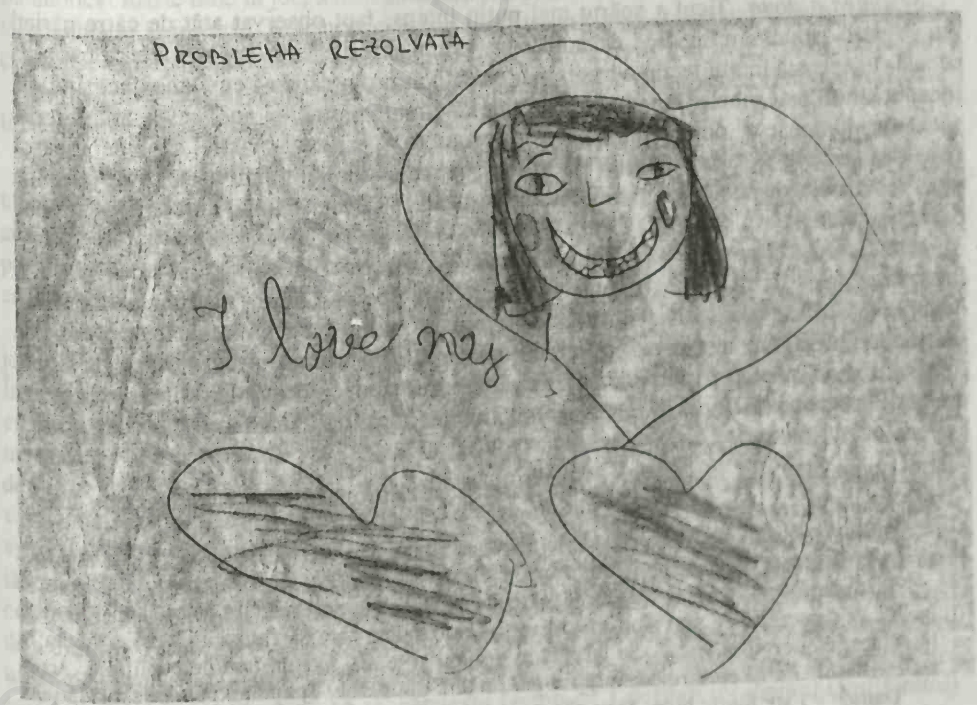


Desenul 10

Desenul 11



Desenul 12



Desenul 13

apoi un Lup Rău şi un Urs, despre care îmi spune că seamănă cu ea, pentru că pare timid şi emotiv. A imaginat apoi un joc în care lupul alerga după urs pentru a-l omorî. Vrăjitorul cel bun vine în ajutorul Ursului şi îl ucide în final pe Lup. Dana s-a implicat activ în joc, cu multă imaginaţie şi expresivitate.

Comentarii. Prin tehnica metaforică am dorit să o ajut pe Dana să se defocalizeze de pe problema ei, pentru că în prima parte a sesiunii am observat că se identifică cu ticul, îşi dramatizează situaţia până ajunge să nu se placă pe sine, să se respingă. De asemenea, desenând problema rezolvată, copilul îşi exprimă speranţa de vindecare. Jocul cu păpuşi a ajutat-o să-şi aleagă ajutoare, care să o sprijine în rezolvarea problemei, activându-şi astfel şi resursele interioare (creativitate, optimism, expresivitate). Identificându-se în joc cu Ursul, Dana exprimă sentimentul de a fi ameninţată de ceva rău şi satisfacţia de a scăpa şi a se răzbuna pe duşman. Astfel, în mod indirect, prin intermediul păpuşilor, copilul a exprimat sentimente despre care îi era greu să vorbească.

La sfârşitul sesiunii, Dana mi-a spus că se simte bine şi încrezătoare că o să scape de tic. I-am consiliat pe părinţi să nu-i mai atragă atenţia în mod negativ asupra modului în care clipea (îi spuneau să se controleze, întărindu-i astfel comportamentul), ci din contră, să clipească în mod voit în fiecare zi, cât de frumos poate ea, chiar făcând diferite grimase ale feţei. Au experimentat acest lucru chiar atunci în cabinet, amuzându-se toţi trei de situaţie. În acest mod, am urmărit să le schimb atitudinea faţă de tic, care devenea din ceva rău şi neplăcut ceva amuzant, chiar drăguţ, ajutându-i astfel să se relaxeze, iar părinţii să-şi asume un rol de coterapeuţi. În plus, am exploatat astfel efectele tehnicii paradoxului terapeutic.

Sesiunea a doua. Ticul a apărut mai puţin intens, fapt observat atât de către părinţi (au rugat-o zilnic să clipească cât mai frumos, cu diferite expresii ale feţei), cât şi la şcoală. În această întâlnire am devenit mai directivă, propunându-i eu Danei jucăriile. La început am folosit tobele, făcând din ce în ce mai mult zgomot şi apoi inventând diferite sunete armonioase ce pot apărea din aceste zgomote. Am ajutat-o astfel să-şi depăşească frica de zgomote şi să înlocuiască emoţiile negative cu altele, pozitive, date de joc şi de plăcerea ascultării sunetelor. S-a implicat cu plăcere în joc, bătând cu frenezie în tobe până s-a plictisit.

Mama mă informase de la început că Dana voia adesea să urce în ţarcul surorii ei. Am interpretat acest lucru prin existenţa a două tendinţe: pe de o parte, tendinţa de a rămâne bebeluş şi, pe de altă parte, dorinţa de a creşte mare. I-am comunicat această idee (niciodată nu impun interpretările mele copiilor) şi, pentru că a fost de acord, ne-am folosit de două păpuşi pentru a dramatiza întâlnirea dintre „Dana de doi ani" (care are multe din persoana Luizei) şi „Dana de opt ani". A reieşit că „cea mare" voia să fie mică şi „cea mică" mare.

Dana de doi ani: – Eu vreau să fiu mare, să fac ce vreau eu. Acum trebuie să fac doar ce vor ceilalţi. Vreau să merg şi eu la şcoală.

Dana de opt ani: – Eu vreau să fiu mică, să nu am nici o grijă, să nu mai merg la şcoală şi să mă joc toată ziua.

Terapeutul: – Te rog acum, Dana, să-ţi imaginezi că tu devii păpuşa de opt ani şi îţi alegi un loc în cameră unde poţi să dormi. Eu îţi dau o saltea care să fie patul... aşa... Acum îţi imaginezi că dormi şi visezi. Se face că ai doi ani şi te afli într-un ţarc de copil mic. Acum trăieşti visul. Eu îţi construiesc în jurul tău un ţarc din perne. Spune-mi cum te simţi în ţarc.

Dana: – Este foarte bine. Simt că nu am nici o grijă, nici o problemă. Mă joc, am multe jucării. Sunt protejată.

T: – Bun. Bucură-te în continuare de starea de bine din ţarc... (*Dana vorbeşte ca un copil mai mic, prefăcându-se că se joacă şi se răsfaţă.*) Acum se întâmplă ceva... Se face că tu începi să creşti şi ţarcul devine din ce în ce mai mic, mai strâmt. (*Strâng pernele din ce în ce mai mult în jurul ei, urmărind să o provoc.*) Ei, cum este acum?

D: – Este bine. E cald.

T: – E bine şi e cald... dar ţarcul se strânge din ce în ce mai tare şi tu stai închisă acolo. Copiii se joacă în parc cu bicicleta şi cu rolele. Dar nu-i nimic, tu preferi să stai acolo, unde este cald. (*Amplific strânsoarea pernelor.*)

D (*izbucneşte*): – Vreau să ies afară, să cresc mare, să am prietene, să merg în parc cu rolele!

T (*strângând şi mai tare pernele*): –Dar tu ai ales să stai în ţarc unde este bine şi cald... Îţi este bine aici şi nu cred că îţi doreşti suficient să ieşi.

D: – Ba da, ba da! (*Se zbate, dă la o parte pernele, scăpând din strânsoare.*) Sunt liberă. (*Se bucură, aleargă prin cameră în paşi de dans.*) Nu mai vreau în ţarc.

După ce am lăsat-o să trăiască această stare de bucurie, am rugat-o să revină la scena iniţială şi să redevină imaginar păpuşa „Dana de opt ani" care povesteşte păpuşii „Dana de doi ani" ce s-a întâmplat în visul ei şi să-i spună care sunt avantajele de a fi mare.

D: – Când eşti mare eşti liberă, ai prieteni, te duci la şcoală şi te plimbi cu bicicleta şi cu rolele în parc.

Astfel îşi integrează experienţa din această sesiune.

Comentarii. Am folosit o tehnică de dramatizare adaptată, din gestalt-terapie, în care Dana şi-a concretizat conflictul interior, s-a putut confrunta cu îndoielile şi dorinţele ei, a fost capabilă să facă o alegere (prin tehnica amplificării am împins-o în această direcţie) şi a câştigat în acceptarea şi stima de sine (responsabilităţile şi avantajele vârstei ei). Dana s-a implicat foarte bine în joc, a trăit situaţiile şi a contribuit la derularea acţiunii cu propria sa imaginaţie şi intuiţie. Mărturia că acest conflict era important pentru ea a fost faptul că ticul se amplifica în unele momente, arătând că Dana se afla în plin proces terapeutic.

În final, i-am indus o stare de relaxare, punând-o să-şi imagineze o lumină albă care îi mângâie şi-i linişteşte pleoapele şi faţa.

Sesiunea a treia. Toată familia vine veselă la cabinet. Ticurile s-au diminuat mult în ultimele zile. Părinţii au avut acasă o discuţie cu Dana despre avantajele de a fi mare şi au asigurat-o că o iubesc şi sunt mândri de realizările ei şi chiar au antrenat-o în activităţi pe care să le facă împreună. Acest fapt a făcut-o pe Dana să se simtă în siguranţă şi să-i crească stima de sine.

În camera de joc, Dana era energică, cu iniţiativă în alegerea jucăriilor. Alege jocurile cu soldaţi. Îmi propune să facem două tabere, una pentru ea şi una pentru mine. În timp ce construim taberele, observând tendinţa ei de a avea piesele mai frumoase şi, eventual, pe cele pe care le-am ales eu iniţial, i-am sugerat ca cele două tabere să se numească: „Nemulţumiţii" şi „Lacomii" (titluri sugestive pentru unele tendinţe ale ei şi de aceea le acceptă încântată). Am început lupta. „Nemulţumiţii", conduşi de Dana, voiau să aibă clădirile şi armele celeilalte tabere, neplăcându-le de ale lor, iar „Lacomii" vroiau să aibă totul. O provoc astfel să-şi exprime aceste tendinţe de nemulţumire şi lăcomie. Ne luptăm cu soldaţii şi nu o las, indiferent de rugăminţile ei, să-mi cucerească cetatea. Se supără şi în final dărâmă ambele construcţii (exprimarea mâniei şi neacceptării de a pierde). Apoi o ajut să conştientizeze că aşa face uneori şi în viaţa reală. Alege apoi un set de maşini de curse pe care le împarte în două tabere şi propune iniţial un război între maşinile mele şi ale ei. Apoi se răzgândeşte (semn că a depăşit momentul conflictului) şi propune ca maşinile noastre să se împrietenească şi să facem o întrecere, o cursă în

care să aflăm ale cui sunt mai rapide. Nici de data aceasta nu o las să câştige nemeritat, însă observ că nu se mai supără când pierde („Aşa este în sport.").

Admir încă o dată capacitatea Danei de a integra experienţa avută, de a învăţa noi moduri de a aborda competiţia, având o toleranţă mai bună la frustrare, şi de a trece peste tendinţele ei egoiste. După ce am terminat întrecerea cu maşini, Dana observă mănuşile de box şi îmi propune să ne luptăm cu ele. Îi spun să-şi imagineze că eu sunt băiatul cu care avea dese conflicte la şcoală şi să-şi exprime prin lovituri şi cuvinte furia faţă de el. La sfârşit, după ce şi-a exprimat toată mânia, am condus-o într-o stare de relaxare, punând-o să simtă senzaţiile corporale declanşate de această confruntare, să le accepte şi apoi să-şi imagineze lumina albă care îi mângâie faţa, relaxându-i faţa şi muşchii din jurul ochilor. În final, a făcut un desen liber, care se numea *Casa mea*, cu un soare ce strălucea vesel deasupra (desenul 14).

Desenul 14

Comentarii. În această sesiune, Dana şi-a putut exprima prin joc sentimente mai puţin pozitive şi valorizate de ceilalţi: nemulţumirea, egoismul, frustrarea, mânia, învăţând să se accepte.

Sesiunea a patra. Ticul a apărut foarte rar în urma sesiunii trecute.

Dana a propus din nou întrecerile cu maşini. De data aceasta nu apar reacţii agresive şi este liniştită, bucurându-se atunci când câştigă. I-am propus să facă pe un carton mare un desen care să se cheme *Lumea mea*. Şi-a desenat casa, familia, o grădină cu flori şi un soare imens. Am observat că are tendinţa în continuare să-şi corecteze imaginea din

desen, dar mai puţin decât în prima sesiune. Am remarcat plăcerea cu care foloseşte culorile. Mi-a spus că lumea ei este luminoasă, foarte colorată, acolo se simte bine şi nu ar vrea să modifice nimic. I-am dat următoarea sugestie: „Dana, acum facem o magie şi tu poţi intra în lumea ta şi să devii pe rând fiecare personaj şi fiecare obiect. Când o să păşeşti pe carton, te vei aşeza deasupra personajului ales şi te vei simţi şi vei vorbi ca şi cum ai fi el". Prin dramatizare se poate identifica acum cu fiecare element din lumea ei, exprimând ceea ce simte şi gândeşte despre el. Când a fost în rolul fiecărui personaj, a vorbit despre el şi despre relaţia pe care o are cu Dana. A reieşit că toţi o plac, spunând despre ea că este o fată bună, silitoare la şcoală, dar care mai face şi năzbâtii. Cel mai bine s-a simţit în rolul soarelui care luminează şi are grijă de familie.

Comentarii. Prin jocul de rol, Dana a interpretat foarte expresiv fiecare personaj, dând dovadă de empatie şi înţelegere a diferenţelor dintre persoane. Nu am observat existenţa unor conflicte sau stări tensionate. Desenul şi dramatizarea au fost pentru mine o dovadă că dispariţia ticului nu este momentană, ci se poate permanentiza, starea de bine fiind susţinută de suportul afectiv al familiei şi calităţile-resurse ale Danei.

Sesiunea a cincea. Ticul a dispărut aproape de tot. În această întâlnire am folosit tehnica jocului nedirecţionat, în care Dana era cea care avea cea mai mare iniţiativă în alegerea jucăriilor şi în derularea poveştii. A ales toate jucăriile-animale şi o păpuşă pe care o numeşte Dana şi a propus să construim o junglă cu toate acestea. Am ajutat-o să aranjăm „copacii" în care stăteau papagalii, locurile pentru tigri, şerpi, elefanţi, maimuţe, iar în mijlocul camerei, prin două saltele, era reprezentat un lac, unde locuiau broaştele, şi lângă ele o poiană unde stăteau fluturii şi buburuzele. Lângă „junglă" a construit o căsuţă pentru vechii ei prieteni – jucăriile alese în prima sesiune (Vrăjitorul cel bun, Pasărea, Lupul, care înviase între timp şi devenise bun, şi Ursul cel timid). Apoi a declanşat acţiunea care presupunea călătoria păpuşii Dana prin junglă. Intenţia ei era să cunoască toate animalele şi să înfrunte singură pericolele, punându-şi calităţile la încercare. Eu am ajutat-o jucând pe rând rolul animalelor, provocând-o să găsească soluţii pentru a depăşi greutăţile întâmpinate.

Iniţial, şi-a vizitat vechii prieteni care au sfătuit-o cum să meargă prin junglă şi au vorbit despre animalele periculoase pe care le-ar putea întâlni (se observă capacitatea Danei de a se sprijini pe persoanele importante din viaţa ei, de a se adapta la sfaturile lor, dorind, în acelaşi timp, să fie independentă). Apoi a pornit cu curaj mai departe. S-a arătat vitează şi încrezătoare în faţa tigrilor, nevrând să le arate că s-a speriat de ei. Le-a cântat şi dansat şerpilor pentru a-i vrăji, făcându-i să adoarmă şi putând astfel să treacă mai departe. A spus o ghicitoare încuietoare celorlalţi şerpi, care au fost astfel dovediţi şi au eliberat drumul. După mai multe încercări, a ajuns în centrul camerei, unde se afla oaza (lacul şi poienița) şi le-a cunoscut pe animalele de acolo.

Astfel, timp de mai mult de o oră, Dana a străbătut un adevărat traseu iniţiatic, ca şi eroii din basme, trecând de animalele periculoase (posibile frici şi credinţe negative) singură, folosindu-se de abilităţi şi resurse cum ar fi curajul, spontaneitatea, creativitatea, umorul. Călătoria prin junglă reprezintă o situaţie de criză metaforică experimentată de copil, în care ea a fost nevoită să-şi învingă sau să-şi rezolve problemele. Pusă în situaţia de a găsi soluţii în acest joc învaţă noi moduri de a răspunde la situaţiile stresante, pe care le poate transfera apoi în viaţa sa reală.

Ca să o ajut să-şi integreze această experienţă, i-am propus să organizeze o „petrecere" cu animalele din junglă. Le invită şi pe cele rele pentru că, zice ea, „trebuie să aibă şi

ele ceva bun", şi am iniţiat împreună o adevărată sărbătoare, cu toate jucăriile-animale. După ce a obosit să cânte şi să danseze, le-a sărutat pe toate şi le-a mulţumit că au ajutat-o să-şi dea seama că are atâtea calităţi.

În final, i-am făcut un rezumat al tuturor întâmplărilor pe care le-a avut în această călătorie prin junglă, ajutând-o să-şi conştientizeze resursele şi să-şi îmbunătăţească stima de sine.

Sesiunea a şasea. Părinţii îmi spun că ticul a dispărut complet.

Astăzi Dana vrea să se joace cu păpuşile (o familie compusă din tată, mamă, o fetiţă şi un bebeluş) şi cu animalele. Construieşte cu ajutorul pernelor un sistem solar cu 7 planete. Pe Pământ aşază familia şi perechi de elefanţi, şerpi, broscuţe, maimuţe. Când a aranjat familia şi-a exprimat spontan gelozia faţă de sora mai mică: „Nu pot să o sufăr şi nu ştiu de ce". Bebeluşul era aşezat între părinţi. Apoi o aşază şi pe fetiţă între părinţi, lângă bebeluş, nemailăsând-o izolată: „Aşa e mai bine". Observ că, pentru prima oară, prin intermediul păpuşilor, Dana îşi exprimă gelozia şi rivalitatea faţă de sora ei, lucruri pe care nu poate să le verbalizeze. După ce şi-a putut exprima liber această mânie reprimată, a putut să o accepte pe sora ei lângă ea, între părinţi. Apoi îşi imaginează că păpuşa Dana este Vrăjitoarea cea rea care vrea să-i ducă la închisoare pe toţi locuitorii celor 7 planete. Începe jocul. În rolul Vrăjitoarei ţipă la toţi, este răzbunătoare, nu acceptă să fie contrazisă, este rea şi agresivă cu animalele şi familia, pe care le aruncă în închisoare. Motivează acest lucru prin faptul că vrea să fie stăpână, regină peste toate planetele, să mănânce tot ceea ce vrea pentru că pe planeta ei nu are mâncare şi nu o îngrijeşte nimeni (din nou apare teama că nu i se dă suficientă atenţie şi afecţiune). După ce s-a dezlănţuit în rolul Vrăjitoarei şi i-a întemniţat pe toţi, are ideea să vină un Eliberator. Alege o altă jucărie pentru acest rol şi îmi propune să joc eu rolul Vrăjitoarei şi ea pe al Eliberatorului. În această poziţie, reuşeşte să o păcălească pe Vrăjitoare, spunându-i că vrea să fie ucenicul ei. Când ea adoarme, Eliberatorul îi ajută pe toţi să evadeze. Unii erau neîncrezători că acest erou este bun, curajos şi puternic. Când Vrăjitoarea se trezeşte, se luptă cu Eliberatorul care o învinge. În final, a venit Vrăjitorul cel bun (vechiul ei prieten din întâlnirile anterioare) care spune că fusese maestrul Eliberatorului şi-l felicită pentru ceea ce a făcut. La sfârşitul jocului, îmi spune că i-a plăcut cel mai mult de familie şi de Eliberator, dar i-a plăcut să joace şi rolul Vrăjitoarei celei rele.

Comentarii. În această sesiune, Dana şi-a dat voie să exprime sentimente reprimate de gelozie, mânie, rivalitate. Într-un mediu securizant, ea a avut libertatea de a juca personaje negative alături de cele pozitive, ceea ce a dus la o mai bună integrare şi unitate a personalităţii. Se acceptă pe sine în întregime, dar are libertatea de a alege ce comportament să adopte.

Ultima sesiune. Ticul nu i-a mai apărut în ultima vreme.

Pentru a o pregăti de despărţire, îi sugerez Danei să scoată toate jucăriile din dulap şi să organizeze o petrecere de rămas-bun. Ne implicăm în joc. Însă se produce un incident. Păpuşa Dana este confundată de celelalte personaje cu Vrăjitoarea cea rea (rolul jucat în sesiunea trecută) fiind alungată, agresată, jignită, pentru ca în final să o recunoască ca fiind prietena lor. În mai bine de 40 de minute de dramatizare intensă, Dana şi-a exprimat o gamă largă de emoţii: mânie, neîncredere, disperarea de a nu fi recunoscut, tristeţe, prietenie şi iubire. A fost un semn frumos de sănătate psihică şi

bogăţie a trăirilor în mod complet şi unitar. Păpuşa Dana (expresia propriei persoane) poate fi şi rea, şi bună, animalele sunt şi bune, şi agresive în acelaşi timp, copilul integrând în acest fel toate aspectele complementare ale psihismului. Întâlnirea se termină cu o petrecere în care îi face pe toţi să danseze, în timp ce eu o acompaniez bătând din tobe (nu este zgomot, este muzică şi aceasta nu mai provoacă frică!).

După ce a trăit şi a experimentat această bogăţie de emoţii, ca într-un final al unei simfonii, Dana îşi ia rămas-bun de la prietenii care au însoţit-o în demersul terapeutic (animale, jucării, tobe). Ne-am despărţit într-un mod calm, prietenos, amândouă mulţumite de experienţa împărtăşită.

Am mai întâlnit-o pe Dana după 2 luni de la ultima sesiune terapeutică. Ticul nu mai apăruse deloc şi acasă nu a mai avut tendinţa să regrete că nu este mai mică, fiind sigură de afecţiunea şi încrederea părinţilor. A intrat cu bucurie în camera de joc şi a inventat o poveste în care păpuşa Dana trece prin alte peripeţii fantastice. Din întâmplare, ajunsese pe un alt tărâm unde a întâlnit-o pe Zâna Fluturilor care a ajutat-o să treacă printr-o pădure cu animale periculoase pentru a ajunge pe tărâmul ei, unde o aştepta familia. Observ cum Dana îşi foloseşte imaginarul în mod creativ pentru a-şi exprima fricile şi a-şi regăsi resursele, fără să încerce să fugă de realitate. În final a realizat un desen al familiei frumos colorat, în care am observat o mai bună acceptare de sine, autostimă crescută faţă de acum patru luni şi multă afecţiune exprimată prin inimioare desenate peste tot. Toţi membrii familiei sunt împodobiţi cu coroane de prinţi şi prinţese, semn de preţuire şi valorizare (desenul 15).

Desenul 15

Comentarii finale. Jocul şi dramatizarea au ajutat-o pe Dana ca în doar şapte sesiuni terapeutice să scape de tic şi să obţină o mai bună stimă şi acceptare de sine. Prin intermediul jucăriilor şi marionetelor ea a putut să exteriorizeze şi să concretizeze o parte dintre conflictele şi tendinţele ei reprimate. A putut să se decidă să crească, pentru că preferă să-şi asume vârsta şi nu mai regretă că nu este mai mică. A experimentat situaţii problematice în care a fost obligată să facă apel la resursele ei interioare. „A jucat" părţi din ea însăşi şi a devenit astfel mai conştientă de sine, mai implicată în ceea ce-i oferă viaţa.

Prin experimentarea sentimentelor, gândurilor şi anxietăţilor în mod deschis s-a produs integrarea, ceea ce a asigurat reuşita terapiei. La Dana, integrarea o reprezintă identificarea cu toate tipurile de emoţii, acţiuni, gânduri prin intermediul jocului dramatic.

Consider că această transformare rapidă s-a produs atât datorită capacităţilor evolutive deosebite ale Danei, cât şi datorită sprijinului părinţilor care au înţeles cum s-o ajute să atingă obiectivele terapeutice şi au sprijinit-o în menţinerea câştigurilor.

II.4. Ana – o casă în care te poţi rătăci sau criza de protest

Ana are 6 ani şi este copilul unic al unor părinţi trecuţi de prima tinereţe, care şi-au dorit-o foarte mult. În aceste condiţii, nu este de mirare că răsfăţul şi hiperprotecţia au fost principalele modalităţi prin care părinţii s-au raportat la ea.

Mama o aduce la cabinet din cauza crizelor (ţipete, plâns, congestie facială) pe care le face Ana atunci când nu i se face pe plac şi în special seara când mama ei vine de la serviciu şi nu are, de obicei, răbdare şi timp să-şi petreacă câteva momente plăcute cu fetiţa. Tatăl este bolnav, pensionat din acest motiv, şi soţia vorbeşte despre el ca despre un copil care nu vrea să se îngrijească de sănătatea lui, care „nu ascultă". Tatăl se joacă uneori cu Ana, alteori este nervos şi o respinge. Interesant este faptul că atunci când fetiţa face câte o criză, toată familia (inclusiv cele două bunici, când sunt acolo) se agită în jurul ei determinând-o să ţipe şi mai tare. Din relatarea mamei (speriată de faptul că nu ştie cum să stopeze crizele copilului) ar reieşi că Ana vrea să i se facă permanent pe plac, să-şi controleze părinţii. Totuşi, este doar o aparenţă. La o privire mai atentă îmi dau seama că ceea ce îşi doreşte ea este doar un mediu familial securizant, stabil şi atenţia afectuoasă şi consistentă a mamei. Copiii nu au nevoie de părinţi-marionetă, ci de părinţi pe care să-i respecte şi care să le fie model.

La grădiniţă, Ana s-a adaptat foarte bine, este receptivă, prietenoasă, comunicativă.

În prima sesiune, ne aflăm toate trei în jurul mesei din cabinet. Mama îmi povesteşte despre grijile pe care şi le face din cauza Anei şi a soţului bolnav, părând dornică să primească un sprijin. Recunoaşte că este de multe ori obosită şi nu are răbdarea de a-i oferi fetei atenţia şi afecţiunea pe care ea le cere. În acest timp, Ana se joacă şi se preface că nu aude dialogul nostru. După ce mama şi-a spus povestea, am rugat-o să treacă în camera alăturată şi am rămas cu Ana. Acum, ea îmi cere o foaie de hârtie şi creioane pentru a face un desen care se dovedeşte a fi replica ei la cele relatate de mama ei şi o explicaţie a reacţiilor sale de negativism. Desenează o casă cu două uşi: una care zâmbeşte şi una care are un vizor şi multe ferestre, care reflectă dorinţa ei de comunicare (desenul 16). O rog să dea un titlu desenului ei şi să născocească o poveste plecând de la el. Îl numeşte *Casa care râde* şi apoi începe să povestească, fiind foarte implicată:

Desenul 16

Ana: – Este casa mea. Uşa aceasta râde de cei care vor intra în casă şi se vor rătăci.

Terapeutul: – Cum se rătăcesc ei?

A: – Foarte uşor. Pe uşi sunt diferite etichete care-i păcălesc. De exemplu, pe uşă scrie „dormitor" şi înăuntru este bucătăria sau pe alta scrie „sufragerie" şi este de fapt baia şi tot felul de alte surprize.

T: – Ca un labirint?

A: – Da. Numai eu nu mă rătăcesc şi mama, care a construit casa. Tata se rătăceşte sigur.

T: – Mai sunt şi alte persoane care nu se rătăcesc?

A: – Adelina, prietena mea de la grădiniţă, nu se rătăceşte, dar îi trebuie o oră ca să se descurce... Mama se rătăceşte.

T: – Mama se rătăceşte?

A: – Da. Ea se rătăceşte acum.

T: – Vrei să-i înveţi pe ceilalţi cum să se descurce în casa ta?

A: – Nu. Toţi intră pe uşa care râde şi ies pe uşa cu vizor, după ce se rătăcesc. Ei nu ştiu să se descurce în casă şi eu nu vreau să-i învăţ.

Acum se desenează pe ea şi pe Adelina trăgând casa. Amândouă sunt eroine puternice. Ea este Xena-Prinţesa Războinică şi Adelina este Sailor-Moon.

T: – Ce se întâmplă cu casa ta?

A: – Când casa vrea să râdă de ceilalţi, închide uşa şi în casă se aude „balamuc" şi ceilalţi cred că face ea balamuc şi nu mai intră în casă. Nu-i lasă ea.

O ascult pe Ana şi nu-mi vine să cred cum acest copil îşi descrie atât de simplu şi firesc, în mod simbolic, drama. Este uşor de observat că, de fapt, casa este ea, şi părinţii

nu mai ştiu să se apropie, s-o cunoască, nici măcar mama care a construit casa. Ana simte nevoia să se identifice cu un personaj puternic pentru a-şi purta singură de grijă şi încearcă să le atragă atenţia celorlalţi prin singura modalitate găsită momentan: „face balamuc" (eticheta pusă de părinţi pentru crizele ei de opoziţie). Fetiţa pare să-i pună la încercare pe adulţii din familia ei, îi testează, râde de ei, se joacă şi, cum ei se sperie, nu ştiu cum să reacţioneze, nu pot vedea decât „balamucul".

În urma acestei sesiuni am înţeles că obiectivul principal este s-o ajut pe mamă să aibă un comportament adecvat faţă de copil. Astfel, am încurajat-o să-i acorde înţelegere şi afecţiune indiferent de crizele ei de negativism, şi când plânge şi ţipă să se ocupe doar ea de Ana şi să o liniştească vorbindu-i pe un ton jos, calm, care să-i inspire copilului încredere şi siguranţă. I-am recomandat mamei şi o carte de psihologie a copilului de 5-6 ani pentru a învăţa astfel care sunt nevoile şi trăsăturile specifice de personalitate a copiilor la această vârstă.

În sesiunea următoare, Ana şi mama ei vin mai liniştite la cabinet. După lectura celor recomandate, mama a observat că toţi copiii de şase ani sunt la fel, ceea ce a făcut-o să-şi schimbe atitudinea faţă de fetiţă: „Nu este copilul meu mai cu probleme decât alţii".

În camera de joc, Ana alege păpuşi ce îi reprezintă pe membrii familiei – o fantomă şi un vrăjitor. Spune că tata este Hercule, mama este Sailor-Moon şi ea este Xena-Prinţesa Războinică. Le atribuie roluri de personaje puternice, eroi curajoşi ce înfruntă pericole şi, fiind uniţi, îi înfruntă pe Fantoma şi pe Vrăjitorul cel rău. Se poate interpreta astfel că Ana prin alianţa puternică cu părinţii ei îşi poate depăşi fricile inconştiente. În joc nu apar conflicte între membrii familiei.

În sesiunea următoare, mama îmi comunică faptul că ea şi soţul ei sunt mai calmi şi mai înţelegători în relaţie cu copilul, nu mai ţipă la ea şi îşi petrec mai mult timp împreună. În ultima săptămână, Ana nu a mai avut nici o criză de negativism.

Astăzi, Ana alege pentru joc păpuşi, animale sălbatice, dinozauri. Inventează o poveste în care un băiat, numit Mowgli, este crescut de două păsări în pădure, pentru că îi muriseră părinţii. Când creşte, el se transformă în Xena şi apără animalele din junglă, pe care voiau să le mănânce dinozaurii. Se implică puternic în descrierea luptei dintre dinozauri şi animale (exprimarea posibilelor conflicte interioare) şi o cheamă în ajutor pe Zâna lui Xena (nevoia de suport exterior, magic), care îi omoară pe toţi dinozaurii şi-i învie şi pe părinţii Xenei. Toţi se bucură că se revăd şi pleacă la ei acasă împreună cu păsările care au crescut-o pe Xena în pădure.

Ana exprimă în acest joc bucuria de a-şi regăsi părinţii, lucru obţinut cu greutate, după o luptă simbolică în care a fost nevoie de intervenţia unui personaj exterior (imaginea terapeutului) pentru a-i învia pe părinţi (a-i sprijini în efortul lor de a-şi înţelege copilul).

Următoarea sesiune a avut loc după două luni de pauză. Ana a fost în vacanţă şi, pentru că a stat mai mult în casă, s-a plictisit. A reînceput să fie mofturoasă, are momente de negativism şi plânge când nu i se face pe plac. Am consiliat-o pe mamă în privinţa măsurilor educative adecvate şi a canalizării energiei creative a Anei spre scopuri constructive, cum ar fi înscrierea la cursuri de dans sau de teatru pentru copii. Fetiţa şi-a dorit foarte mult să revină la cabinet şi mi-a arătat cu ajutorul păpuşilor şi marionetelor toate jocurile pe care le-a inventat în timpul vacanţei.

La sesiunea următoare, mama îmi comunică faptul că Ana nu a mai avut crize de negativism şi îşi petrec mai mult timp împreună. A reînceput grădiniţa şi a înscris-o la

un cerc de balet, unde este apreciată pentru talentul ei. Astfel, participând la activităţi care-i plac şi o stimulează, Ana obţine aprecierea şi atenţia de care are nevoie prin comportamente pozitive.

În camera de joc, Ana alege familia, Zâna, Fantoma şi Vrăjitorul. Realizează o poveste în care fetiţa este bătută de educatoare pentru că a plâns când a adus-o tatăl ei la grădiniţă. Atunci, copilul se supără şi fuge de acasă. Ajunge pe „Tărâmul celor răi" unde trăiesc fantome, vrăjitori pe care-i bate şi îi ucide. Apoi se duce pe „Tărâmul celor buni" unde se împrieteneşte cu Zâna şi Spiriduşii. Aceştia îi îndeplinesc dorinţa de a avea camera ei (exprimarea nevoii de independenţă şi de detaşare de părinţi). În final, fetiţa se întoarce acasă şi părinţii o îmbrăţişează, şi Ana este foarte încântată de jocul ei.

Găsesc acest joc foarte important pentru progresul terapeutic. La început, Ana şi-a exprimat revolta faţă de pedeapsă şi pleacă să-şi înfrunte singură viaţa. Îşi depăşeşte fricile şi impulsurile agresive ce apar simbolic pe „Tărâmul celor răi", pentru ca apoi să se întâlnească în mod metaforic cu resursele ei creative şi cu nevoia de independenţă pe „Tărâmul celor buni". Cu aceste resurse poate rezolva problemele pe care le întâlneşte în viaţă. Un punct pozitiv este faptul că Ana nu mai simte nevoia să le atribuie părinţilor săi alte identităţi, iar modul în care îi aranjează în final este un semn că se simte iubită şi protejată de ei. Se poate spune că, pe măsură ce părinţii şi-au schimbat atitudinea şi comportamentul faţă de copil, devenind mai eficienţi în rolurile lor, Ana îi acceptă mai mult aşa cum sunt.

Ultima întâlnire am avut-o după două săptămâni. Ana şi mama ei sunt vesele, calme, par să fi uitat de „balamucul" care le dădea acum câteva luni bătaie de cap şi au acum o relaţie caldă, afectuoasă. Mama îmi povesteşte cu plăcere de cuvintele de laudă pe care le primeşte la adresa Anei de la educatoare şi de la profesoara de balet. Discuţia dintre noi se poartă acum pe un alt registru, mama fiind preocupată să-şi perfecţioneze rolul în familie.

Împreună cu Ana am jucat toate jocurile ce ne făceau plăcere la amândouă (puzzle, măşti, marionete) – prilej de a ne bucura de relaţia noastră. Sfârşim întâlnirea într-o atmosferă caldă, de înţelegere tacită.

Atât mama, cât şi copilul sunt gata acum pentru finalul procesului terapeutic. Mama poate să-şi joace rolul eficient, fiind mai empatică la nevoile şi emoţiile fetiţei ei, iar Ana este bine adaptată la mediul ei de viaţă. Nici una, nici cealaltă nu mai au nevoie de un suport exterior.

Comentarii finale. În acest caz, a avut prioritate consilierea mamei în privinţa modalităţilor mai eficiente de a se raporta la copil. Cu Ana am folosit metodele terapiei experienţiale (desen, joc, povestire), ajutând-o astfel să-şi exprime iniţial părerea despre situaţia ei, apoi sentimentele faţă de părinţi, nevoile şi dorinţele ei, pe care le-a transformat şi integrat în final. Şi-a recâştigat părinţii folosindu-şi în special resursele creative.

II.5. Claudiu – blocajul auto-apărării sau despre tendinţele contrarii şi unificarea interioară

Claudiu are 16 ani şi s-a plâns de faptul că nu ştie să riposteze în situaţiile în care colegii mai brutali îl lovesc sau fac glume pe seama lui şi simte o mare rezistenţă în a se bate cu cineva. În mica copilărie spune că era irascibil şi bătăuş, dar şi-a reprimat aceste tendinţe

după un tratament psihiatric. El este un băiat inteligent, imaginativ, cu simţul umorului (a luat premiul întâi la un concurs de caricaturi), introvertit, are puţini prieteni şi se pierde în faţa persoanelor autoritare. Îmi povesteşte că părinţii şi fratele mai mare nu au răbdare să-l sfătuiască şi îi spun că ar trebui să se descurce singur, să fie mai matur, însă problema lui este că nu ştie cum să facă asta.

Din testul „Desenul persoanei" observ că simte nevoia de a se afirma şi impune în faţa celorlalţi, de a le câştiga respectul, însă se simte în acelaşi timp inadecvat şi slab. Îşi reprimă furia şi agresivitatea, se culpabilizează pentru aceste emoţii şi se refugiază în fantezie în mod compensator.

Într-una din primele sesiuni, Claudiu declară că, pe de o parte, ar vrea să se bată cu cei care îl jignesc şi, pe de altă parte, nu. L-am ajutat să exprime şi să conştientizeze contradicţia dintre cele două părţi din personalitatea lui, pe care le-am numit *Partea Paşnică* şi *Partea Violentă*. Este important pentru el să experimenteze cele două tendinţe, în gestalt-terapie fiind recunoscut faptul că „numai acceptând ceea ce este, persoana poate să se restructureze, să se reunifice, să înveţe să discrimineze şi să se autoasume, ceea ce permite reunificarea interiorului, repersonalizarea".

Claudiu consideră că situaţia conflictuală dintre cele două părţi din personalitatea lui nu are soluţie de rezolvare. Am folosit tehnica scaunului gol pentru a-l sprijini să realizeze o reconciliere între părţile opuse. Reconcilierea conduce către integrarea părţilor, dar acesta este un proces delicat care poate dura mai mult timp, şi o intervenţie forţată îl poate aliena. Luând drept suport două scaune alăturate, l-am rugat să-şi imagineze că pe primul stă *Partea Paşnică*, iar pe celălalt, *Partea Violentă* şi să iniţieze un dialog între ele, aşezându-se pe rând pe cele două scaune.

Partea Paşnică: – Când trebuie să mă bat cu cineva nu-mi vine să lovesc. Ştiu că ar trebui, dar se pare că nu am acest instinct în mine.

Partea Violentă (*pe un ton autoritar*): – Iar începi! Uite, aşa faci mereu: nu poţi să loveşti, nu îţi vine sau ceva de genul ăsta. Dacă vrei cu tot dinadinsul să-i înveţi minte pe nebunii ăia, lasă-mă pe mine şi asta este tot ce poţi să faci.

P.P. (*pe un ton plângăreţ*): – Ştii, nu ştiu dacă ar trebui, chiar nu ştiu. Dacă rămâi în control total, cum am să te opresc?... Dar altfel cum să-i învăţ minte?... Cu vorbe, provocări sau distrageri nu poate să meargă la nesfârşit. Ştiu că ar trebui să te las, dar pur şi simplu nu pot... Chiar că sunt într-o dilemă... Violenţa este semnul stupidităţii, dar şi ei mă enervează.

P.V. (*nervos*): – Ia mai linişteşte-te! Mă calci pe nervi şi nu am ce să-ţi fac. Binele nu poate exista fără rău. Mereu te plângi şi te afli în nu ştiu ce dileme, care ţi se par a fi paradoxuri. Paradox nimic! Are rezolvare şi rezolvarea sunt eu.

P.P.: – Ştiu că ai dreptate, dar nu în totalitate. Uite, vezi, eu nu mă plâng, ci numai îmi exprim punctul de vedere, la fel ca şi tine. Cât despre paradoxuri nu ştiu ce să zic...

P.V. (*disprefuitor*): – Bebeluşul... O, nu, iar începi cu dilemele tale cu tot... Ce-o să faci, o să stai în banca ta tot restul vieţii? O să-i duci pe toţi cu vorba? Ce, te crezi Păcală? Crezi că toţi sunt un Tândală? Maturizează-te! şi pe deasupra, ar fi şi cazul...

P.P.: – Ştiu că ar fi cazul, dar...

P.V.: – Ce atâta vorbă, trage-i una lui Filip şi gata!

P.P.: – Hmm... Dar dacă nu merge?

P.V.: – Trage-i una!

P.P.: – Dar dacă este rezistent la lovituri?

P.V. (*amuzat*): – Trage-i una şi o să fie OK!

P. P.: – Nu ştiu cum să fac, în aşa fel ca să nu am mustrări de conştiinţă după aceea.

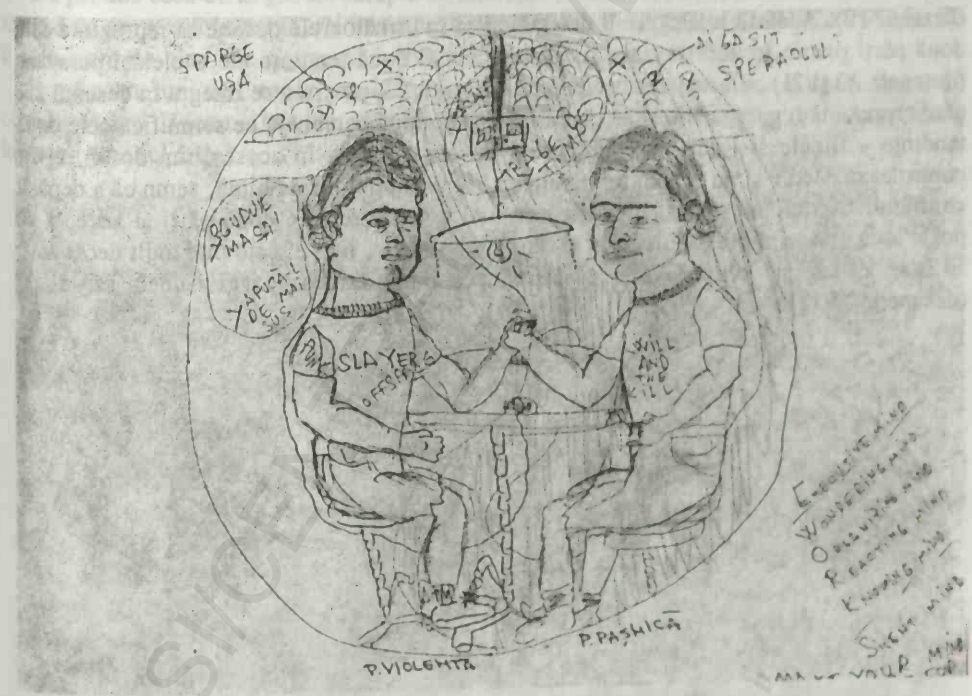
P.V.: – Iar începi? Sau poate ţi-e frică?

P.P. (*pe un ton şoptit*): – Mi-e şi frică.

L-am pus să amplifice această afirmaţie şi să-şi recunoască şi să accepte frica în mod normal, ca pe orice altă emoţie. Mi-a spus că nu voia să recunoască faptul că îi este frică pentru că acest lucru nu este demn de un băiat (prejudecata culturală ce îi limitează acceptarea de sine şi-i dă o stare de neliniştе interioară).

Am observat din dialogul celor două părţi că nici una nu vrea să cedeze, însă Claudiu afirmă că ele sunt acum la egalitate în ceea ce priveşte puterea (înainte domina *Partea Paşnică*) şi cel mai mare câştig este acela că au discutat între ele. „Le-ar face bine să mai discute una cu cealaltă." O altă idee desprinsă din dialog este aceea că *Partea Paşnică* controlează excesiv *Partea Violentă* pentru că se teme că aceasta, o dată având controlul asupra personalităţii, ar fi de necontrolat, ar fi excesiv de agresivă, fără discernământ. Am discutat această credinţă care se dovedeşte a fi iraţională (nu se bazează pe nimic real) şi când a înţeles acest lucru s-a mai liniştit.

În următoarele sesiuni, am folosit desenul pentru a exprima relaţia dintre cele două părţi. Primul desen reprezintă un cerc (întregul personalităţii sale) împărţit în două jumătăţi în care sunt închişi doi băieţi cu înfăţişare fizică identică (autoportrete). Cele două părţi au forţe egale, joacă skanderbeg şi învinge pe rând (desenul 17).



Desenul 17

A urmat apoi o serie de alte şase desene ce ilustrau cele două părţi în conflict, luptându-se (desenul 18), pentru ca apoi să se privească în oglindă, fiecare văzând-o pe cealaltă, una fiind reflectarea celeilalte, faţete ale aceleiaşi medalii – moment important de *insight*, ceea ce-l conduce pe Claudiu pe o treaptă superioară de autocunoaştere

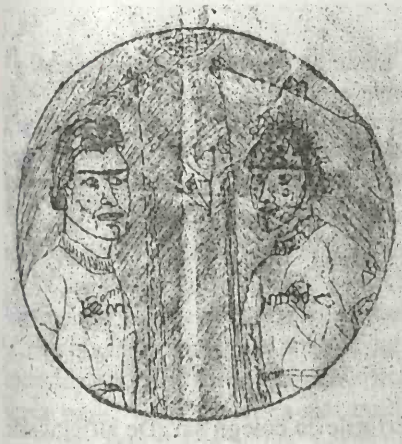
Desenul 18

Desenul 19

(desenul 19). Această înţelegere îl determină ca în următoarele desene să reprezinte cele două părţi prinse în acelaşi trunchi, acceptate a fi două tendinţe ale aceleiaşi persoane (desenele 20 şi 21). Ele se unesc complet în desenul 22, pentru a se integra în desenul 23, care reprezintă o persoană senină ce are pe umeri două personaje ce semnifică cele două tendinţe – Binele şi Răul. Este important de observat că, în acest ultim desen, el îşi controlează părţile şi nu se mai reprezintă ca fiind câmpul lor de luptă, semn că a depăşit conflictul. Astfel, nu se mai identifică cu nici una dintre cele două părţi şi acceptă că poate avea atât tendinţe paşnice, cât şi tendinţe violente, însă el este mai mult decât atât. El este cel care le controlează şi-şi asumă responsabilitatea apariţiei uneia sau alteia (desenele 17-22).

Desenul 20

Desenul 21

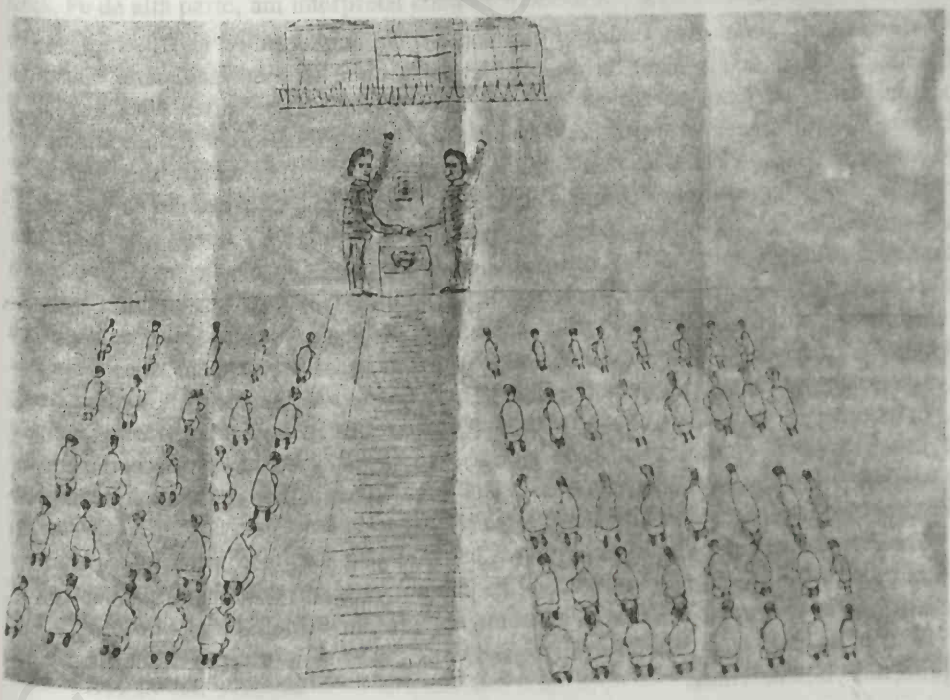


Desenul 22

Desenul 23

S-a produs ceea ce în gestalt-terapie se numeşte „schimbarea gestaltului". Claudiu se acceptă ca persoană întreagă, îşi integrează polarităţile, nu se mai simte alienat. Aceasta îi dă o stare de bine, de siguranţă interioară. S-a produs transformarea.

După patru luni de terapie, ce au cuprins şi vacanţa, a făcut spontan un desen în care cele două părţi dădeau mâna la un Congres al ONU, înţelegându-se să conducă împreună în pace (desenul 24).



Desenul 24

Am folosit din nou tehnica scaunului gol.

Partea Paşnică (*pe un ton calm, prietenesc*): – Eu zic să ajungem la o înţelegere.
Partea Violentă: – Şi eu zic la fel. Hai să ne unim.
P. P.: – Hai!
Terapeut: – Ia o poziţie care să arate că cele două părţi sunt unite (*metafora posturală*).
Claudiu: *Stă drept, cu picioarele puţin depărtate, într-o poziţie ce exprimă siguranţă şi stabilitate.*
T: – Ce simţi acum?
C: – Putere.
T: – Unde simţi puterea în corp?
C: – În piept (*zona emoţiilor*).
T: – Ce emoţii trăieşti acum?
C: – Mă simt bine, sigur de mine, mulţumit.

Claudiu îmi spune acum că nu-l mai preocupă certurile cu colegii săi. De altfel, chiar a observat că nu mai sunt aşa de agresivi „parcă s-au mai maturizat şi ei".

În următoarele întâlniri, l-am ajutat să devină conştient de calităţile, de resursele sale interioare, pe care se poate baza pentru a-şi îmbunătăţi imaginea de sine, cum să se afirme şi să relaţioneze mai bine cu colegii lui şi să-şi canalizeze umorul şi simţul artistic în sens constructiv (de exemplu, să colaboreze la revista şcolii).

Ultima sesiune am rezervat-o explorării expectaţiilor legate de viitor – cum se vede pe sine peste 10 ani. Are o imagine de sine pozitivă, simte că are încredere în el şi are voinţa şi ambiţia de a realiza ceea ce-şi propune.

Comentarii finale. Am tradus stările iniţiale de nemulţumire şi frustrare ale lui Claudiu ca fiind determinate de un conflict între două tendinţe sau părţi opuse din personalitatea sa. Ceea ce am numit eu „Partea Paşnică" şi „Partea Violentă" ar fi corespondentul a ceea ce Fritz Perls (fondatorul gestalt-terapiei) a numit sciziune în personalitate între „câinele de rasă" şi „câinele maidanez". În concepţia sa, „câinele de rasă" necăjeşte şi torturează „câinele maidanez" cu critici: „Tu trebuie să faci asta", „Tu trebuie să faci aia", „Tu trebuie să fii mai bun decât eşti". Aceşti „trebuie" sunt caracterizaţi în special prin terorism şi un aer de justeţe. „Câinele de rasă" întodeauna ştie ceea ce „câinele maidanez" trebuie să facă. „Câinele maidanez" este contra-forţa. El reacţionează la „câinele de rasă" prin neajutorare, oboseală, joc, iritabilitate, uneori cu rebeliune, adesea necinstit şi întotdeauna ca un sabotor. Răspunsurile sale la cererile „câinelui de rasă" sunt „Eu nu pot", „Da, dar..." (*pe un ton plângăreţ*), „Poate mâine", „Voi încerca", „Sunt atât de obosit". Aceste opoziţii trăiesc o viaţă a frustrărilor mutuale şi încearcă să se controleze una pe alta. Acest impas al luptei produce o stare de „paralizie", istovire şi o inabilitate de a trăi experienţa în mod armonios cu întreaga fiinţă şi blochează creşterea şi dezvoltarea personală.

Demersul terapeutic a presupus punerea în evidenţă a acestui conflict interior pentru a-l ajuta pe Claudiu să realizeze reconcilierea şi unirea lor în combinaţii productive, să se influenţeze reciproc, în loc să-şi consume energia într-o luptă lungă şi inutilă.

O dată cu regăsirea echilibrului interior, lui Claudiu i-au crescut stima de sine şi optimismul faţă de viitor.

II.6. Anca – o fetiţă cu capul în nori sau familia Plăntuca

Anca are 10 ani şi este în clasa a III-a. Mama ei a adus-o la cabinet pentru că este „leneşă", cade în reverie în timp ce îşi face lecţiile, este neatentă, dezordonată şi nu învaţă suficient de conştiincios.

Fetiţa a fost adoptată de la Leagăn când era foarte mică, pentru că părinţii nu au putut avea copii. Ea ştie acest lucru, şi mama spune că nu a avut o reacţie negativă când a aflat.

Relaţiile dintre părinţi sunt proaste pe toate planurile, de mai mulţi ani, comunicând foarte puţin între ei. Tatăl a avut o copilărie foarte traumatizată: tatăl său era alcoolic şi a asistat la dese conflicte între părinţii săi. Acum este ursuz, interiorizat, necomunicativ, agitat uneori. Faţă de copil are o atitudine ambivalentă: uneori o jigneşte, alteori o alintă foarte mult, vorbeşte cu ea mai mult decât cu soţia sa.

Mama este foarte activă, perfecţionistă, autoritară. O nemulţumeşte permanent câte ceva la fată, o cicăleşte, dar o şi alintă şi o protejează când tatăl vrea s-o pedepsească.

Părinţii au vrut de mai multe ori să divorţeze şi au trăit o perioadă separaţi, dar în aceeaşi casă, perioadă debusolantă pentru copil.

Anca este veselă, inteligentă, are multă imaginaţie şi rezultate şcolare bune. Îi place mult să deseneze şi să îngrijească animalele. Vrea să devină medic veterinar. Are un căţeluş pe care îl iubeşte foarte mult.

Mi-am dat seama că în acest caz este vorba de o problemă familială, de o cronicizare a relaţiilor dizarmonice dintre soţi, care în acelaşi timp o resping în mod inconştient pe fetiţă. Pe de altă parte, am interpretat comportamentul Ancăi ca pe o încercare simbolică de a atrage atenţia şi afecţiunea părinţilor şi de a-i ţine împreună. Chiar şi tendinţa ei de a se alinta şi comporta adesea ca un copil mai mic are acest scop. Imaturitatea afectivă şi un sentiment mai redus al responsabilităţii par a fi singurele ei „probleme".

Principalul obiectiv în timpul procesului terapeutic a fost s-o ajut pe Anca să se exprime, să-şi folosească imaginaţia în mod creativ şi să-i valorizez în ochii părinţilor calităţile pe care aceştia le ignorau.

În prima sesiune, am întrebat-o pe Anca dacă obişnuieşte să-şi imagineze diferite poveşti atunci când cade în reverie. Mi-a spus că, într-adevăr, îi place să născocească poveşti cu animale şi mi-a povestit o istorioară despre căţeluşul ei. Povesteşte frumos şi expresiv.

I-am spus să scrie în fiecare zi câte o astfel de istorioară şi le vom strânge împreună pentru a realiza o carte pentru copii. A fost foarte încântată de această idee.

Apoi i-am spus să se deseneze pe ea, aşa cum se simte acum.

A desenat o fetiţă cu corpul asimetric, căreia îi lipsesc palmele şi labele picioarelor. Am dedus de aici că Anca simte dezechilibrul, lipsa de armonie din relaţiile dintre părinţii ei şi trăieşte sentimente de inadecvare la situaţie, insecuritate şi lipsă de autonomie (desenul 25).

În următoarea sesiune, Anca şi-a desenat familia, unde era prezent şi un băieţel, despre care mi-a spus că este căţeluşul ei, pe care îl consideră că îi este frăţior (desenul 26).

De „fratele" ei îi place cel mai mult dintre toţi şi cel mai puţin îi place de ea. Plecând de la acest punct, am iniţiat un dialog, ajutând-o pe Anca să-şi exprime părerile şi sentimentele despre ea însăşi:

Cond a venit la 4T

Cum se simte în prima sedință de terapie

Desenul 25

Terapeutul: – Ce te face să spui că îţi place de tine cel mai puţin?

Anca: – Câteodată sunt rea. Nu vreau să fac nimic. Aşa îmi vine.

T: – Ce simţi când eşti rea?

A: – Că dacă cineva nu face ce vreau eu, sunt ei răi... Dar eu sunt rea (*sentiment de autoculpabilizare*).

T: – Poţi să nu fii rea?

A: – Câteodată.

T: – Ce simţi atunci?

A: – Că trebuie să am încredere în mine.

T: – Deci când eşti rea nu ai încredere în tine.

A: – Da.

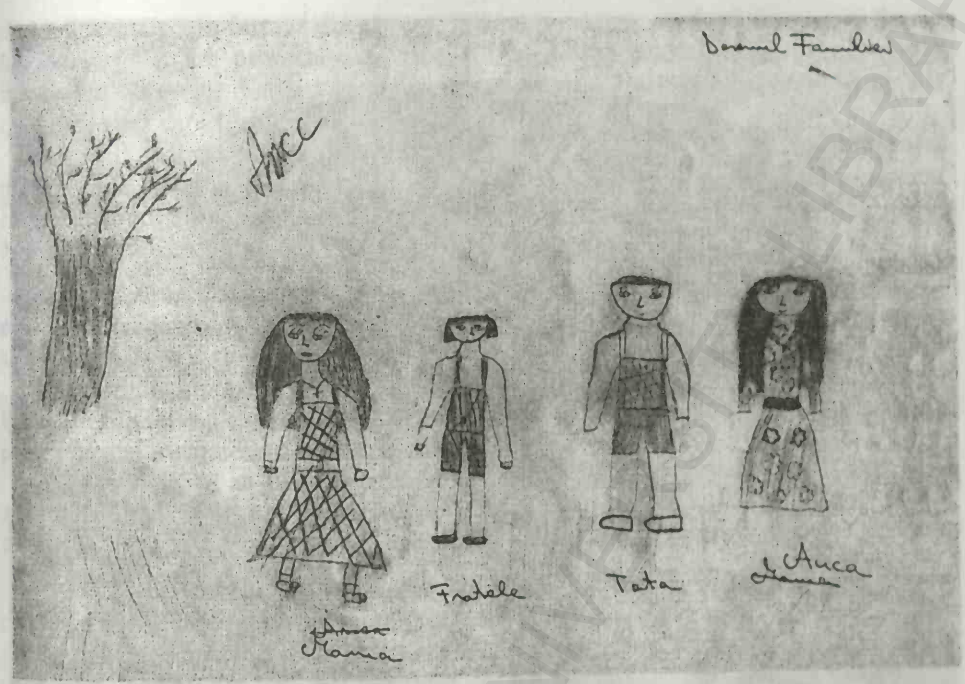
T: – Ce te face să spui asta?

A: – Mi-e frică de ceva.

T: – Ştii de ce ţi-e frică?

A: – Nu... Din cauză... Dar câteodată sunt şi neatentă. Mi-e capul în altă parte: la joacă, la căţeluşul meu.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Desenul 26

Aflu astfel nu numai că Anca se teme pentru relaţia conflictuală a părinţilor săi, dar este posibil să se şi culpabilizeze din această cauză („ei nu se înţeleg pentru că ea este rea"). Fetiţa nu şi-a exprimat verbal fricile, însă consider că este important faptul că s-a gândit la ele. Şi în acest desen Anca s-a reprezentat fără palme şi fără labele picioarelor şi se situează lângă tata, de care se simte mai aproape afectiv. (*El este cel care îi face daruri.*) Anca îmi spune că în desen toţi sunt fericiţi şi fac o plimbare în parc.

În sesiunea următoare, Anca a pictat în mod spontan trei copaci şi le-a dat titlul *Trei persoane* (desenul 27). Mi-a spus că sunt o familie : cel din mijloc, căruia i-a desenat şi trunchiul, este tatăl, cel din dreapta este mama şi cel din stânga este copilul. La îndemnul meu a imaginat următoarea poveste, plecând de la pictură :

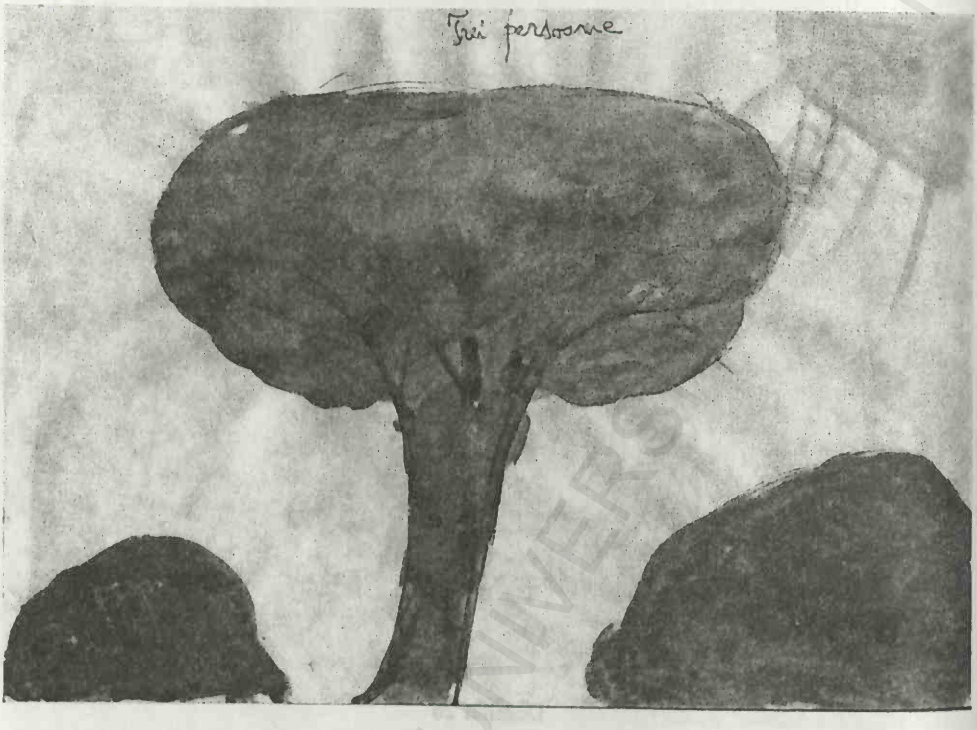
A fost odată o familie care se numea Plăntuca. Ea era formată dintr-un copac (*tatăl*) înalt şi un copăcel mai micuţ (*mama*), iar copăcelul-copil avea un an şi-l chema Mesteacăn. Tata îi apără şi îi păzeşte să nu îi ia cineva.

Într-o zi, când soarele strălucea, ei stăteau întinşi la soare şi cântau un cântec despre vară. A venit o oiţă care dorea să-l pască pe copilul cel mic. Iar tatăl şi-a fluturat energiile şi a scos un zgomot, parcă era un lup, iar oiţa speriată a fugit în altă parte.

Copilul a învăţat să-şi apere şi el copilul când va fi tată, iar toată familia care provenea din această familie a învăţat să-şi apere copiii cu propria viaţă.

Cei doi părinţi vorbeau cum să-şi îngrijească copilul cât mai bine ca să nu fie bolnav şi să înveţe cât mai mult de la ei şi cum să facă ca toate plantele să fie respectate de oi, de lupi, de urşi. Să nu le mai mănânce.

Copilul vorbea cu tatăl său cum învaţă la şcoală, ce a învăţat nou, l-a rugat pe tatăl lui să îi dea bănuţi ca să-şi cumpere îngheţată (apă din pământ). Tatăl îi dădea să îşi cumpere tot ce voia, dar dacă nu-şi făcea lecţiile bine şi nu-l asculta, nu-i dădea.



Desenul 27

Copilul şi mama sa se duceau la plimbare, vorbeau cu păsărelele şi cu vrăbiuţele, cu toţi care îşi făceau cuibul în ei.

Erau prieteni cu toată lumea. Toţi au trăit mult de tot.

Din povestea sa transpar părerile, gândurile şi sentimentele trăite de Anca faţă de părinţii ei. Este o imagine idilică, relaţiile dintre membrii familiei sunt armonioase şi tatăl este cel care îl apără şi îl protejează pe copil. Interesant de observat este cum „boala" copilului îi ţine aproape pe părinţi (*dorinţa Ancăi*).

În sesiunea următoare, i-am spus să-şi imagineze o poveste despre familia Plăntuca în condiţiile în care se pornise o furtună năprasnică în pădure.

După câteva momente de gândire, mi-a relatat următoarea poveste:

Era primăvară. Soarele strălucea şi toate animalele erau fericite şi bucuroase. Familia Plăntuca era şi ea fericită. Deodată, apărură mulţi nori posomorâţi şi negri. Un vânt puternic străbătu pădurea. Artileria cerească îşi începu lupta. Mii de trăsnete şi fulgere spintecau cerul. Familia Plăntuca şi-a strâns crengile ca o umbrelă. Copăcelul mic se legăna şi deodată i se rupe o crenguţă. Imediat, mama i-a pus o frunză în loc de pansament. Toate animalele din pădure erau înspăimântate şi se adăposteau sub familia Plăntuca. Tatăl-copac, ca să nu li se întâmple ceva animalelor, îşi aşeza toate crengile la un loc, în aşa fel încât vijelia cea mai puternică nu mai putea străbate printre crengi. Mama îşi apăra copilul care plângea. Copilul nu putea să facă nimic. Tatăl îl apăra. După o oră, artileria cerească îşi îndepărtă norii şi totul reveni la viaţă.

Acum, văzând că soarele străluceşte, iar norii erau departe de tot şi nu mai bătea vântul aşa de tare, sunt cu toţii veseli.

Am exprimat prin furtuna din pădure, în mod metaforic, conflictele şi tensiunile din familia Ancăi şi am provocat-o să aibă o reacţie la această situaţie, indirect, prin intermediul povestirii. Fetiţa a găsit o rezolvare fericită a situaţiei problematice şi tatăl era din nou cel care îşi apără familia.

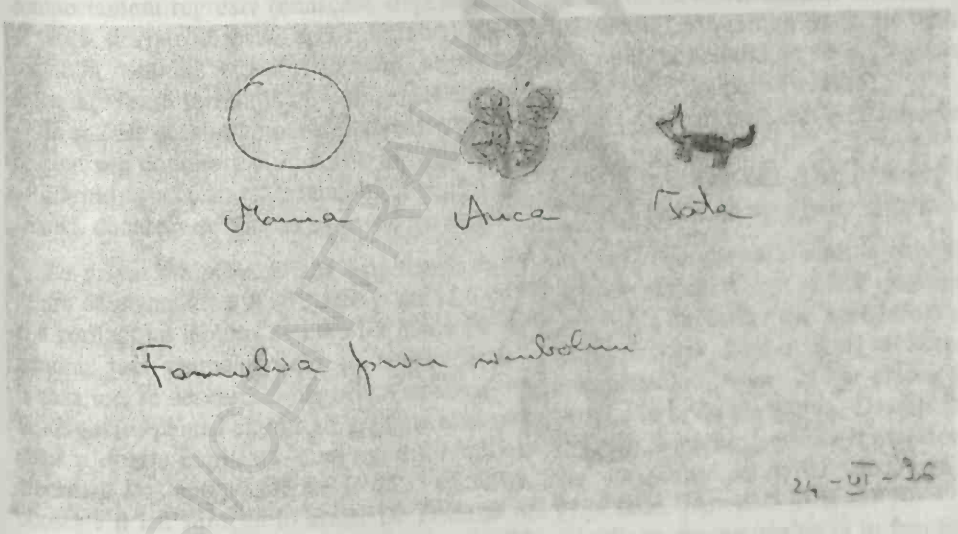
I-am citit mamei cele două povestiri inventate de Anca, contrabalansând astfel permanentele critici şi exigenţe pe care aceasta le are faţă de fetiţă. Anca a ascultat emoţionată în timp ce am citit eu poveştile şi apoi a mărturisit că nu i-a spus mamei nimic despre poveştile cu animale, pentru că s-a temut de reacţia ei.

La următoarea întâlnire, Anca a venit la cabinet cu tatăl său şi i-am citit şi lui cele două povestiri despre familia Plăntuca. A fost foarte impresionat şi emoţionat, nu-i venea să creadă că fiica sa le-a inventat.

Prin cele două poveşti metaforice am urmărit să realizez o comuniune emoţională între cei trei membri ai familiei şi să-i ajut pe părinţi să înţeleagă sentimentele şi ideile pe care le are Anca despre o familie ideală.

Cele două poveşti au avut într-adevăr un impact emoţional puternic asupra părinţilor Ancăi. Au realizat că Anca inventează poveşti frumoase, în timp ce ei credeau că pierde timpul şi nu este atentă la teme (schimbarea etichetei la problema cu care veniseră la cabinet).

Într-o altă şesiune, Anca a desenat familia sa sub formă de simboluri. Mama apare ca un cerc, pentru că „mă protejează cel mai mult", tata ca lup pentru că „şi el mă protejează"; lupul e rău: „tata mă apără aşa cum îşi apără lupul puii"; Anca s-a desenat ca fluture pentru că „sunt aeriană" (desenul 28).



Desenul 28

Plecând de la desen, a realizat o poveste numită *Prietenii*:

Au fost o dată un lup şi un fluture. Odată ei au găsit în pădure un cerc care zburda şi se tăvălea prin iarbă. Cei doi s-au împrietenit cu cercul şi au devenit foarte buni prieteni. Ei au locuit împreună mulţi ani şi nu s-au despărţit niciodată.

Fluturaşul le spune celorlalţi doi să se joace cu el.

Anca îşi exprimă astfel dorinţa de a fi întotdeauna împreună cu părinţii ei şi nevoia de a fi prieteni. Rolul ei este ca prin comportamentul său de joc să îi apropie.

Într-o altă sesiune, am lucrat împreună cu mama şi cu copilul tehnici nonverbale de comunicare. Le-am spus să-şi transmită pe rând, mai întâi cu ajutorul privirii, apoi cu mâinile, diferite stări afective, consemnul fiind de a recunoaşte fiecare ceea ce-i transmitea cealaltă. Cele mai multe stări au fost recunoscute corect. Mama s-a implicat serios în exerciţiu, în schimb, Anca a adoptat o atitudine infantilă, alintându-se.

Mamei i-a plăcut cel mai mult când Anca a transmis sentimentul „speranţă", iar fetei i-a plăcut când mama a transmis „dragoste". Le-am ajutat să conştientizeze aceste lucruri şi să se bazeze pe ele în relaţia lor de mai departe.

În ultima sesiune, am întrebat-o pe Anca la ce crede că i-au servit întâlnirile noastre. A răspuns: „Ca să nu mai fiu cu capul în nori". Apoi a făcut un desen despre ea, aşa cum se simte acum. A desenat, mai îngrijit decât la început, corpul fetiţei mai simetric, fiind prezente palmele şi labele picioarelor. Este semn că are un mai bun control asupra mediului ei de viaţă şi o mai mare autonomie (desenul 29).

Desenul 29

Am încheiat aici şirul întâlnirilor terapeutice ce au durat aproximativ trei luni, deoarece am observat că Anca începuse să adopte faţă de mine un comportament regresiv, iar în discuţiile noastre nu mai apăreau elemente cu valoare terapeutică.

Comentarii finale. În acest caz, problema este în special una familială şi, din păcate, tatăl nu a fost receptiv la psihoterapie. În schimb, comunicarea dintre mamă şi fiică s-a îmbunătăţit. Anca a devenit mai liniştită şi mai puţin visătoare şi a avut posibilitatea să-şi exprime prin poveşti şi desene multe dintre sentimentele, dorinţele, credinţele şi gândurile ei. Un efect al terapiei este ilustrat şi în cele două desene de la începutul şi de la sfârşitul terapiei.

Părinţii au învăţat să o privească pe Anca şi altfel, i-au cunoscut şi alte calităţi.

La o perioadă de patru luni de la terminarea terapiei, m-a sunat mama Ancăi şi mi-a spus că fetiţa este tot la fel de dezordonată şi „puţin motivată" pentru şcoală, însă şi-a dat seama că toţi colegii ei sunt la fel. Cunoscând criticismul şi perfecţionismul mamei, am interpretat afirmaţia ca pe un progres în înţelegerea pe care o are faţă de copil.

II.7. Diana – o terapie centrată pe maturizarea emoţională

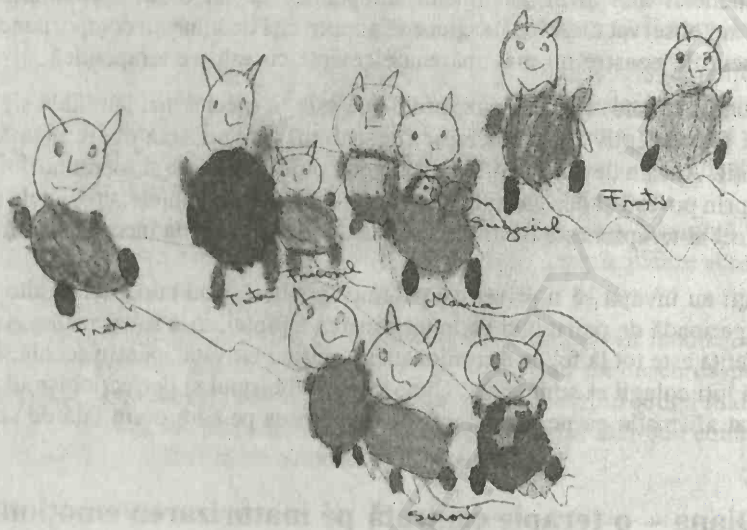
Când am cunoscut-o pe Diana, avea şase ani şi jumătate şi mergea la grădiniţă. Copil unic, răsfăţată şi hiperprotejată de întreaga familie, ea nu putea să-şi asume responsabilităţile vârstei ei şi dezvoltase în ultima perioadă, ca răspuns la solicitările mediului, un comportament regresiv (enurezis, dependenţă exagerată de membrii familiei în tot ceea ce făcea, dorinţa obsesivă de a fi hrănită la sân de mama ei). La grădiniţă era foarte puţin sociabilă, timidă, retrasă, necomunicativă. Participa puţin la activităţile de grup şi era foarte anxioasă în relaţia cu persoanele necunoscute, având o iniţiativă redusă.

În spatele acestor comportamente am intuit existenţa unei mari insecurităţi, o imagine de sine vag conturată şi imaturitate psihoemoţională.

Părinţii s-au adresat terapeutului pentru a fi sprijiniţi în a face faţă stării prezente a Dianei, deoarece se temeau că va începe şcoala peste câteva luni şi nu se va putea descurca.

La prima întâlnire, Diana este foarte timidă, reţinută. Ea ştie că a venit la cabinet pentru că mama vrea să afle dacă poate să o lase singură în tabără. A vrut să facă un desen şi a realizat un iepuraş pe care l-a numit *Fricosul*. Apoi, la sugestia mea, i-a desenat şi familia: tata, mama care ţine un bebeluş în braţe numit *Sugaciu*, fraţi şi surori care erau la casa lor, se descurcau singuri. A inventat o poveste despre ei. Spune că i-ar plăcea să fie *Sugaciu*, pentru că toţi au grijă de el şi mama îl ţine în braţe toată ziua. Descrie cu plăcere, foarte implicată, cum toţi din familie au grijă de *Sugaciu*: surorile îi încălzesc biberonul cu lapte, un frate îi dă o căciuliţă, altul un scutec curat, iar când mama oboseşte îl iau surorile în braţe. De *Fricosul* are grijă tatăl, *Iepuroiul* (desenul 30).

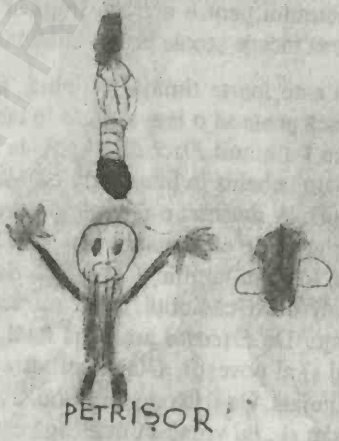
Prin intermediul desenului şi al poveştii, Diana vorbeşte despre poziţia ei în familie, de nevoia ei de a fi mereu protejată, de frica de abandon. Îi este uşor astfel să-mi spună că şi ea ar vrea să sugă de la sân şi „nu vrea" să înţeleagă că nu se poate acest lucru. Am ajutat-o să exprime această nevoie a ei fără să o judec, deoarece ştiam că vorbind deschis despre sentimente mai puţin acceptate de anturaj ea va putea, datorită alianţei terapeutice, să găsească noi modalităţi de a fi, de a face faţă mediului. Cum altfel ar putea să dea glas acestor dorinţe ascunse pe care le simte ca fiind inadecvate vârstei ei decât prin intermediul metaforei?



Desenul 30

Terapeutul : – Diana, când tu îmi povesteşti despre acest iepuraş Sugaciu, eu mă gândesc că tu ai vrea să fii încă un bebeluş şi chiar că există un bebeluş în tine care nu ar vrea să crească şi care doreşte să sugă.

Diana se luminează în acest moment la faţă (semn că se simte înţeleasă sau se înţelege pe sine) şi îmi spune că s-a gândit la acest lucru, dar nu a spus nimănui. I-am propus să-l deseneze pe acest bebeluş (care simboliza nevoia ei de a fi mică) (desenul 31).



Desenul 31

BCU IAŞI/CENTRAL

Realizând acest desen, Diana s-a defocalizat de pe problema ei, putând să o privească mai obiectiv.

T: - Bine. Acum spune-mi ceva despre el.

Diana: - Îl cheamă Petrişor şi plânge tot timpul, vrea să sugă. Deasupra lui este o mână care-i dă un biberon.

T: - Acum imaginează-ţi că tu eşti Petrişor. Ce spui?

D: - Eu sunt un bebeluş care vreau să fiu îngrijit.

T: - Bine. Diana, ai auzit ce a spus Petrişor. Vreau să-ţi propun să-l îngrijeşti şi să-l ajuţi să crească şi el mare ca tine. Vrei?

D (*cu încântare*): - Da!

T: - Bine. Acum am să te rog să-i spui trei motive pentru care merită să fii mare.

D: - Să mergi la şcoală, să scrii şi să citeşti.

T: - Crezi că l-ai convins să vrea să crească?

D: - Da.

T: - Bine. Atunci, de astăzi, tu ai ca sarcină să-l îngrijeşti şi să-l convingi să crească.

Aşa a apărut personajul Petrişor, metafora acelei părţi din Diana care refuza să crească. Metafora a disociat-o din realitatea sa pentru a o plasa într-alta, nouă, unde posibilităţile prind formă. Ea poate astfel să treacă rapid de la o realitate la alta, de la realitatea sa la cea a metaforei pentru o mai bună învăţare a supleţei şi lejerităţii în gândire, care permit creativitatea. Acest sentiment al identificării cu metafora conţine puterea ei transformatoare, spunea Gordon (1978).

Prin jocul de a-l lua în grijă pe Petrişor, Diana îşi asumă de fapt responsabilitatea propriei creşteri şi maturizări, şi-şi stimulează iniţiativa şi creativitatea în a găsi noi soluţii de adaptare la mediu. Venise la cabinet ca un copil dependent şi neajutorat şi pleca cu o responsabilitate, cu o stimă de sine mai înaltă. Acesta este motivul pentru care, la sfârşitul sesiunii, Diana este veselă, degajată şi foarte volubilă.

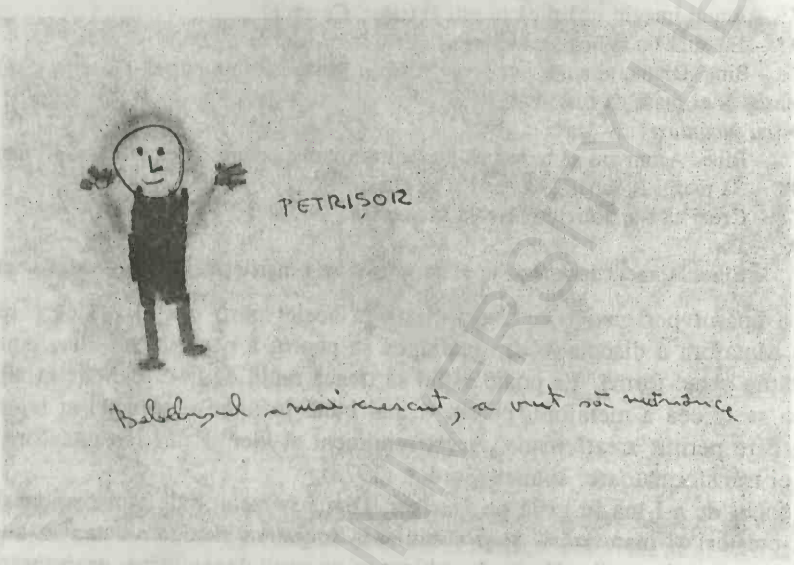
La următoarea întâlnire, Diana este dornică să vorbească despre desenul cu Petrişor. A adus o reţetă cu hrană pentru bebeluşi, scrisă de ea acasă, şi spune că ar vrea să aibă în prezenţa mea un dialog cu Petrişor, prin care să-l convingă să mănânce ceea ce i-a pregătit. Îmi mai spune că nu a reuşit să facă acest lucru acasă şi nu a putut să-l împiedice să vrea să sugă. Are un joc în care „discută" cu Petrişor şi-l convinge să mănânce mâncarea pentru bebeluşi.

În sesiunea următoare, Diana este foarte reţinută, interiorizată, necomunicativă. Mama îmi spune că acasă este negativistă, refuză să vină la masă, să aibă cea mai mică responsabilitate, motivând că ea nu poate să facă nimic, nu vrea să crească şi devine furioasă (ţipă, face reproşuri) când nu i se face pe plac.

Schimbarea poate fi uneori dureroasă şi copilul trebuie să fie convins că nu este nici un pericol să renunţe la vechile comportamente pentru altele noi şi că acestea din urmă îi vor putea da chiar mai multe satisfacţii şi mulţumiri. Era limpede că Diana atinsese o astfel de limită în schimbare. Comportamentele descrise de părinţi erau mărturia unei anxietăţi de separare, de pierdere, pe care o simţea copilul.

Pentru că nu avea chef să vorbească, nu am forţat-o şi i-am propus să jucăm puzzle împreună. Acceptă şi timp de 30 de minute colaborăm în tăcere în găsirea bucăţilor de puzzle şi realizăm câteva planşe. Am observat că are o bună capacitate de concentrare a atenţiei şi este meticuloasă şi foarte implicată în sarcină. I-am comunicat această impresie a mea şi a zâmbit mulţumită. Apoi a vrut să-l deseneze pe Petrişor care, spune ea, a mai

crescut pentru că a vrut să mănânce (desenul 32). În această sesiune pare să nu se fi întâmplat nimic important, dar eu şi Diana am fost împreună, ne-am consolidat relaţia. Ea s-a simţit acceptată şi neobligată să joace un anumit rol doar pentru a face plăcere adultului din faţa ei, aşa cum i se întâmplă în viaţa obişnuită.



Desenul 32

La următoarea întâlnire, Diana are un nou tonus : este volubilă, îmi arată desenele şi lucrările ei de la grădiniţă. O laud pentru modul în care foloseşte culorile şi pentru simţul artistic deosebit. Apoi îl desenează pe bebeluşul Petrişor, care mai vrea încă să sugă lapte, însă ea i-a spus că acest lucru nu se poate şi „i-a cumpărat" o acadea – suzeta pe care „i-a băgat-o" în gură ca să-l facă să tacă. (De altfel şi ei îi cumpărase mama o astfel de acadea.) Spune că Petrişor are acum trei ani şi vorbeşte aproape la fel de bine ca şi ea. Se îmbracă singur, dar nu foarte corect şi îl învaţă să meargă cu patinele cu rotile. L-a convins să crească povestindu-i despre şcoală şi dându-i încredere că va învăţa să citească diferite cărţi. A desenat lângă el şi o cană mare, în care i-a pregătit mâncare pe care l-a lăsat să o mănânce singur (desenul 33). Observ cum Diana joacă faţă de acest personaj Petrişor (copilul mic din ea) rolul de părinte grijuliu şi protector, ceea ce arată o diversitate a rolurilor, o mai bună sănătate psihică. Îmi povesteşte apoi cum îşi îngrijeşte broscuţele ţestoase, că preferă să privească la TV filme, nu desene animate pentru copii şi poate să stea singură în casă, vrând parcă să se afirme ca un copil mare.

În această întâlnire, Diana vorbeşte despre două tendinţe, dorinţe, ale sale : pe de o parte, aceea de a fi mică, şi, pe de altă parte, aceea de a fi mare şi responsabilă. Încă nu îi este limpede pe care să o aleagă şi, în consecinţă, oscilează între ele.

La sesiunea următoare, părinţii îmi comunică că sunt mulţumiţi de comportamentul fetei din ultimul timp (o săptămână) : nu a mai făcut crize afective, şi-a făcut duş singură şi are o mai bună toleranţă la frustrare.

Desenul 33

Vrând să testez modalitatea prin care Diana face faţă unei situaţii stresante de viaţă, îi propun un exerciţiu de vizualizare.

Terapeutul: – Închide ochii şi imaginează-ţi o mare pe care pluteşte un vaporaş... Dintr-o dată începe o furtună puternică. Vântul bate din ce în ce mai tare, începe să plouă, fulgeră, valurile izbesc vaporul vrând să-l scufunde. Ce se întâmplă cu vaporul? Imaginează-ţi că tu ai fi acest vapor, ce faci acum?

Diana: – Vaporul vrea să fugă acasă, să scape de furtună. El este mic, furtuna ar putea să-l distrugă. Acasă stă în pat, bea un ceai fierbinte ca să nu răcească.

T: – Apoi ce face?

D: – Stă legat cu o curea de casă ca să nu i se întâmple nimic rău şi va pluti pe lacul de lângă casă.

Cele spuse de Diana mă fac să mă gândesc că se simte speriată în faţa situaţiilor necunoscute şi caută să se refugieze în protecţia mediului familial de care este încă foarte dependentă. Aceasta este cauza pentru care nu poate evolua.

Ipoteza aceasta îmi este confirmată de mama ei în sesiunea următoare. Ea îmi povesteşte că Diana este mai deschisă cu membrii familiei, însă foarte necomunicativă cu persoanele necunoscute.

Am pornit să explorez această situaţie împreună cu Diana.

Terapeutul: – Ce se întâmplă cu tine de nu vrei să vorbeşti cu persoanele necunoscute cu care intri în relaţie?

Diana: – Îmi este frică. Când trebuie să răspund la ce mă întreabă, parcă îmi îngheaţă limba şi nu pot să vorbesc.

T: – Asta ţi se întâmplă mai des cu adulţii sau cu copiii?

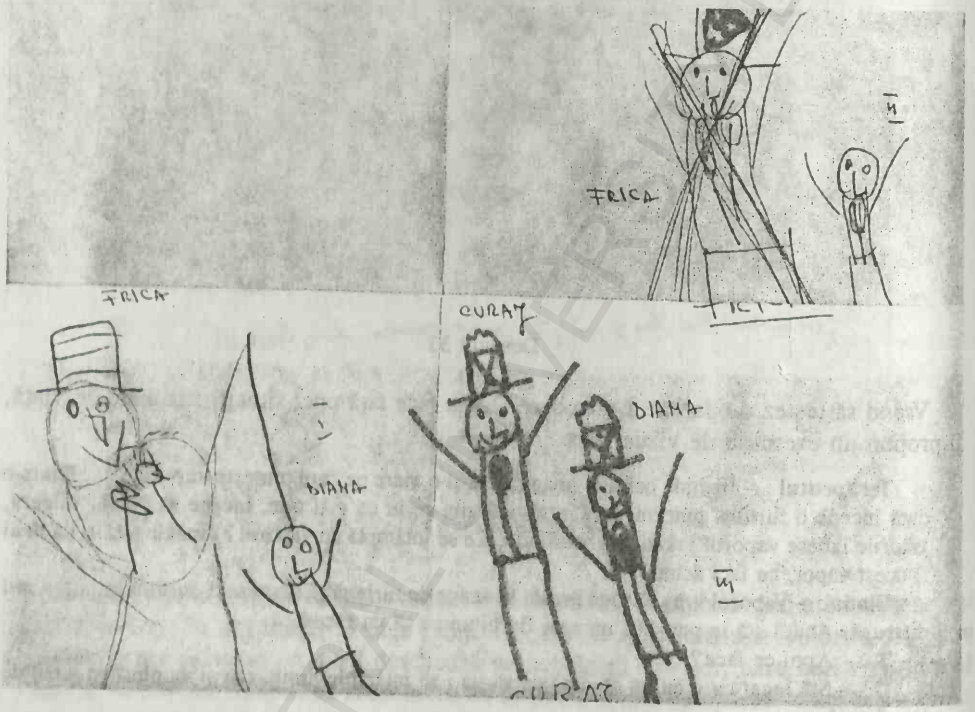
D: – Mai mult cu copiii.

T: – La şcoală cum ai să te împrieteneşti cu colegii?

D: – Nu mă împrietenesc cu ei. Dacă ei vor să vorbească cu mine, vorbesc şi eu cu ei, dar cu cei de care îmi place. Cu ceilalţi nu vorbesc.

Într-o sesiune anterioară îmi vorbise despre faptul că-i consideră prieteni doar pe copiii care-i fac diferite servicii sau sunt foarte drăguţi cu ea.

Auzind ce-şi propune Diana, am hotărât să lucrăm cu această frică folosindu-ne de tehnica desenului metaforic. Diana trebuie să deseneze în colţul din stânga jos al foii de hârtie Frica ei, în colţul din dreapta sus cum arată situaţia când nu-i mai este frică să vorbească cu ceilalţi şi la mijloc un personaj care să o ajute să scape de frică (desenul 34).



Desenul 34

Am rugat-o apoi să facă o poveste pornind de la aceste desene. Mi-a spus că Frica are mai multe perechi de mâini. Cu o mână o apasă pe ea, îi pune un inel şi-i blochează gura şi cu mâinile de rezervă o bate dacă vrea să vorbească cu ceilalţi. Curajul vine în ajutorul ei şi îi ia Fricii mâinile de rezervă, păstrând pentru el una şi pe cealaltă i-o dă Dianei împreună cu o pălărie fermecată. Diana pune un inel la gura Fricii (pe care o piteşte în pălăria oferită de Curaj), o taie şi o trimite în munţi. Frica se plictiseşte însă în munţi pentru că acolo nu sunt oameni şi vrea să vină în lume, dar are de traversat o apă mare şi se întunecă. Ea are un copil căruia îi dă pălăria, mâinile de rezervă şi o mănuşă bună pe care să şi-o pună la gură ca să nu înghită apă. Dar această nouă Frică nu îndrăzneşte să treacă apa şi rămâne acolo în munţi (şi ei îi este frică!). Astfel, Diana scapă de ea.

Terapeutul: – Cum te vei descurca fără ea? Ce vei face?

Diana: – Voi vorbi cu ceilalţi oameni. Nu o să-mi mai fie frică.

T: – Bine. Atunci îţi propun ca până ne vedem săptămâna viitoare să observi cum o să te descurci fără Frică.

Evident că nu mă aşteptam ca în urma acestei sesiuni, Diana să se transforme într-un copil îndrăzneţ şi foarte comunicativ în relaţiile cu ceilalţi. Anxietatea ei socială se baza pe conflicte interioare mai profunde, ce trebuiau descoperite şi analizate cu grijă, în timp. Desenul şi povestirea metaforică au ajutat-o însă, pe de o parte, să-şi obiectiveze frica, disociindu-se de ea şi apoi ajungând să o controleze. Pe de altă parte, au ajutat-o să aibă acces la resursele şi abilităţile ei interioare, care, o dată activate, o vor ajuta să găsească moduri mai flexibile de a se raporta la ceilalţi, să iasă din rolul ei şi să-i dea încredere că există şi o stare de „mai bine" atunci când scapă de frică.

La următoarea întâlnire, părinţii îmi comunică faptul că Diana are o stare generală mai bună, nu a mai vrut să sugă, îşi asumă diferite responsabilităţi pe care înainte le refuza, nu mai este la fel de mofturoasă. Enurezisul dispăruse încă din prima perioadă a terapiei. În paralel, Diana îl desenează pe Petrişor care are acum patru ani, mănâncă bine, nu mai vrea lapte din biberon şi poate ucide Frica (desenele 35 şi 36).

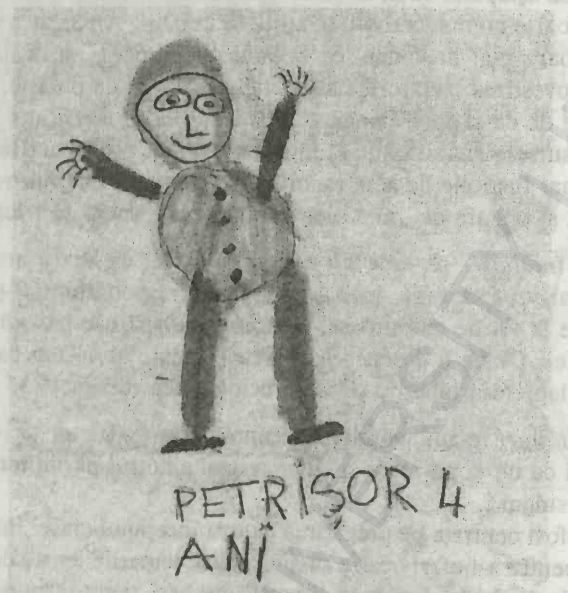
Următoarele întâlniri le-am avut după vacanţa de vară. Starea de bine s-a menţinut, Diana se comportă ca un copil mare şi chiar refuză ajutorul părinţilor în activităţile pe care le poate face singură.

Trei sesiuni au fost centrate pe pregătirea pentru începutul clasei întâi. Ne-am folosit de jocul „şcoala" pentru a-i oferi ocazia să-şi exprime temerile legate de începutul şcolii, de întâlnirea cu colegii. I-am permis să-şi pună întrebări şi am răspuns împreună la ele. Într-una dintre întâlniri am folosit „jocul animalelor", tema jocului fiind următoarea: toate animalele erau prietene (fiind perechi, semănau) numai ursul panda rămăsese singur. Am încurajat-o să ghideze jocul în direcţia găsirii de prieteni de către acesta. Unele animale nu voiau sa fie prietene cu el fiindcă „nu semănau". Elefanţii şi rinocerul au vrut să-l cunoască, însă ursul panda s-a speriat când rinocerul, vrând să se joace cu el, l-a trântit. După aceea „au mai discutat", ursul şi-a dat seama că rinocerul nu are intenţii rele, ci doar este mai expansiv din fire şi au devenit prieteni. Cimpanzeii voiau să se împrietenească cu el, însă urangutanul, care făcea parte din acelaşi grup, l-a respins brutal. Apoi, toate maimuţele au venit în vizită la ursul panda, şi urangutanul, regretând ceea ce a făcut, şi-a cerut scuze şi au devenit cu toţii prieteni buni. Astfel, ursul panda, care era singur la început, şi-a găsit prieteni: pe unii mai uşor, şi pe alţii mai greu.

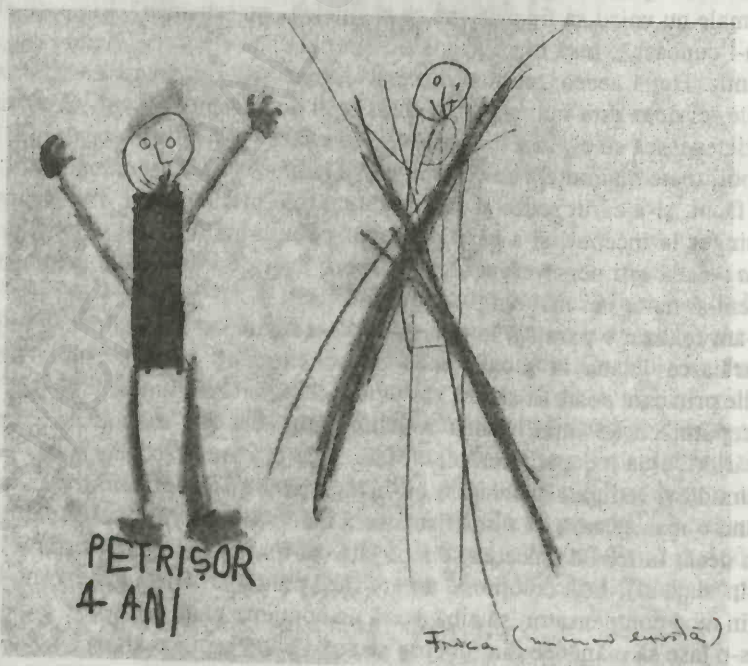
Morala: dacă eşti perseverent şi nu te sperii uşor de eventualele respingeri, îţi poţi găsi prieteni şi nu te vei mai simţi singur şi diferit.

Apoi, am realizat o paralelă între ceea ce i s-a întâmplat ursului panda în joc şi ceea ce o să trăiască Diana la şcoală unde nu va cunoaşte nici un copil. Am discutat modalităţile prin care poate să-şi facă prieteni printre noii colegi. Crede că o să reuşească.

La începutul clasei întâi, Diana a plâns puţin, dar s-a adaptat mai repede decât credeau părinţii ei la începutul terapiei. Mergea cu plăcere la şcoală, învăţa cu uşurinţă, însă era timidă şi reţinută în relaţiile cu învăţătoarea şi colegii. În clasă vorbea foarte încet, având o mare teamă de a se afirma, era mai puţin activă decât ceilalţi copii şi nu răspundea decât întrebată. Încerca să facă faţă cât mai bine cerinţelor şcolii (schimbare stresantă în viaţa ei), însă emoţional nu era încă pregătită. Din acest motiv, Diana avea tendinţa, în mod compensator, să aibă acasă un comportament regresiv: o bate la cap pe mama ei s-o lase să mănânce din biberon sau să-i pună pamperşi, „ca să văd cum este". De asemenea, tot ca mecanism de apărare, îşi folosea, în acest moment, refugiul în fantezie. Într-una dintre întâlniri mi-a spus că are şi alţi prieteni imaginari: pe Trompişor,

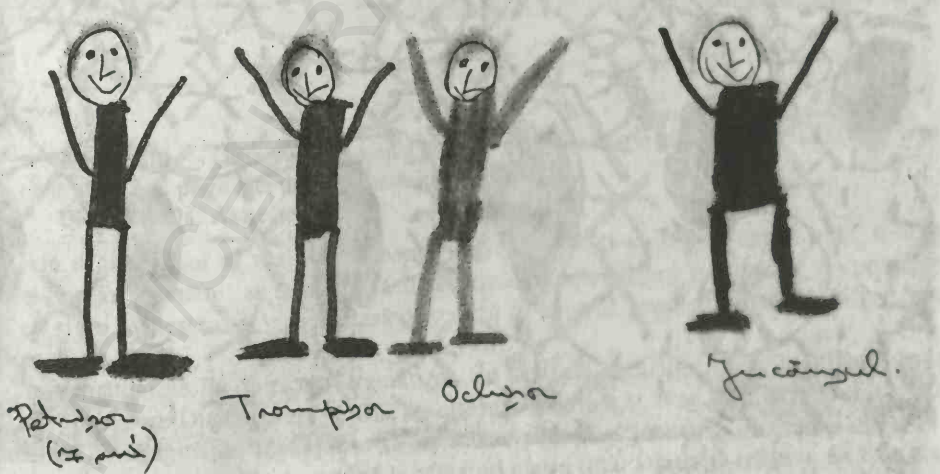


Desenul 35



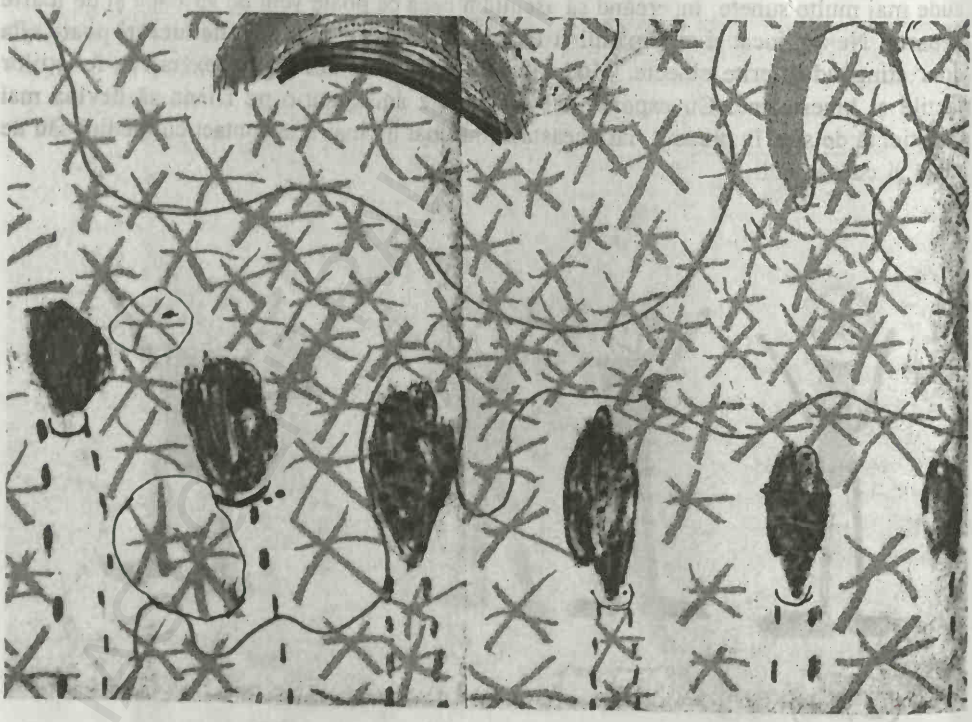
Desenul 36

care „face diferite năzbâtii şi ascunde lucruri pe sub pat", Ochişor, care „este în capul meu şi când mă plictisesc răsfoieşte cărţile din bibliotecă", şi Jucăuşul, care „vrea să se joace şi nu-i place şcoala". Este interesant că toţi au şapte ani ca şi ea (desenul 37). După ce am lăsat-o să vorbească cu pasiune despre aceste personaje, am ajutat-o să facă diferenţa dintre realitate şi imaginaţie, precizând faptul că ei ţin de imaginaţie. Şi pentru că Petrişor „împlinise" şapte ani am considerat necesar să ne dispersăm de el, nemaifiindu-ne util în demersul terapeutic. Diana mi-a venit în întâmpinare când mi-a spus că vrea să scrie noi reţete cu mâncare pentru Petrişor ca să nu mai vrea lapte din biberon. Am rugat-o să-şi imagineze că-i dă mâncarea pentru că el trăieşte în imaginaţia sa şi nu-i poate cere să se poarte într-un anume fel (mama sa îmi spusese la începutul întâlnirii că Diana obişnuieşte să spună că Petrişor o pune să ceară biberonul şi pamperşii). Am sesizat în acest moment pericolul de a lucra cu Diana centrat pe metaforă şi am stabilit ca obiectiv pentru următoarele sesiuni direcţionarea dinspre imaginar spre realitate. O metodă a fost aceea de a o ajuta să aibă un mai bun contact cu prezentul ei, observând cu atenţie ce se întâmplă la şcoală (de obicei nu făcea acest lucru) şi să-mi descrie amănunţit când ne întâlneam: ce făceau colegii ei în pauze, cum veneau îmbrăcaţi la şcoală, cum arătau. Am exersat capacitatea de observaţie în cabinet, întrecându-ne care dintre noi vede mai multe obiecte în cinci secunde, distinge mai multe culori diferite privind pe fereastră sau aude mai multe sunete, încercând să ascultăm ceea ce poate veni de aproape şi de foarte departe. Ne-am jucat şi cu pipăitul şi Diana a descoperit cât de multe lucruri poate afla doar atingând diferite obiecte. Modelajul din lut a fost util pentru exersarea funcţiilor tactile şi kinestezice. Cu experienţele senzoriale am ajutat-o pe Diana să devină mai conştientă de sine în prezent, iar aceasta a antrenat un mai bun contact cu mediul său de viaţă şi cu oamenii.



Desenul 37

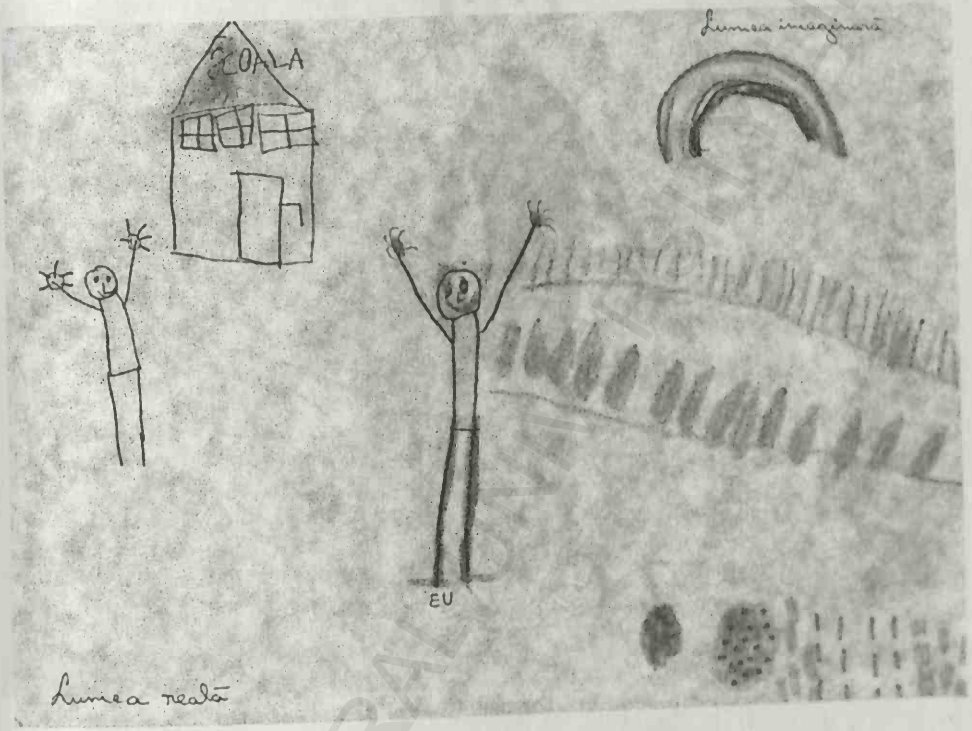
Tot în această perioadă, Diana a făcut un desen numit *Lumea mea*, în care a reprezentat luna, soarele, un curcubeu, nori divers coloraţi şi multe stele. Spune că luna era mama şi are grijă de această lume aşa cum mama ei are grijă de ea. Apoi a desenat drumurile pe care steluţele merg la lună şi povestea care a urmat o avea ca punct central (reflecta şi dependenţa Dianei faţă de mama sa) (desenul 38). Acest desen poate fi o reprezentare metaforică a familie Dianei: simbolurile materne sunt ploaia şi luna, cele paterne soarele şi stelele, în timp ce copilul este reprezentat de curcubeu (acesta născându-se din ploaie şi soare), dar şi o reprezentare a universului ei interior, a atracţiei ei spre poezie şi fantezie. A doua ipoteză îmi este confirmată când Diana îmi spune că se simte foarte bine în această lume a ei şi ar dori să intre în ea mai ales la şcoală, când se plictiseşte. Însă odată şi-a exprimat dorinţa de a se proteja de dificultăţile pe care le întâmpină acum în viaţă prin refugiul într-o lume imaginară care este mai acceptabilă şi îi dă mai multe satisfacţii. Pentru că această dorinţă a sa avea un risc, am încercat să o fac să înţeleagă care este pericolul de a fugi de realitate. A fost uimită când a aflat că toţi oamenii au câte o lume imaginară pe care o poartă permanent cu ei, însă pentru a se adapta cât mai bine la şcoală, la serviciu, în familie este necesar să trăiască cât mai bine în lumea concretă, reală. Când i-am amintit de oamenii care vorbesc singuri pe stradă pentru că s-au pierdut în lumea lor interioară, s-a convins să renunţe să mai fugă în imaginar.



Desenul 38

Diana: – Deci, dacă intru în lumea mea şi vorbesc singură la şcoală, ceilalţi mă cred nebună?
Terapeutul: – Exact. Ai înţeles bine. (*Oftez uşurată.*)

În sesiunea care a urmat acestui dialog, i-am cerut Dianei să se deseneze pe ea în relaţie cu „lumea imaginară" şi „lumea reală", a vieţii ei de zi cu zi (desenul 39). Lumea imaginară este foarte colorată, în timp ce lumea reală este desenată cu creion negru, este mult mai monotonă şi plină de anxietate.



Desenul 39

Terapeutul: – Observ că ai desenat mai puţin colorat lumea ta reală. Asta mă face să cred că-ţi place mai puţin aici decât în cealaltă.

Diana: – Da. Aşa este.

Am rugat-o apoi să vorbească despre acest lucru. Mi-a spus că învaţă bine, însă la şcoală nu are prieteni, se teme că va fi respinsă de colegi, deşi îşi doreşte să comunice cu ei, şi nu vorbeşte mai tare în clasă pentru că se teme că poate greşi şi ceilalţi vor râde de ea.

În următoarele întâlniri am dramatizat, cu ajutorul jucăriilor, diferite situaţii de la şcoală, prin care Diana învaţă să aibă reacţii mai adecvate şi să se afirme mai mult. I-am canalizat şi imaginaţia, învăţând-o să inventeze poveşti şi jocuri.

Tot acest demers a făcut ca până la sfârşitul clasei întâi Diana să reuşească să fie mai puţin anxioasă la şcoală, să aibă mai multă iniţiativă în petrecerea timpului liber şi mai multă încredere în sine, să realizeze un echilibru mai sănătos între real şi imaginar. Însă continuă să aibă relaţii sărace cu colegii, să aibă inhibiţii şi dificultăţi de comunicare cu ceilalţi.

S-a maturizat emoţional şi mi-a spus că nu s-a mai gândit de mult la Petrişor, nu mai are nevoie de el. L-a desenat spunându-mi că are acum opt ani şi este de fapt ea (desenul 40).

Desenul 40

Următoarele întâlniri le-am avut când Diana începuse clasa a doua.

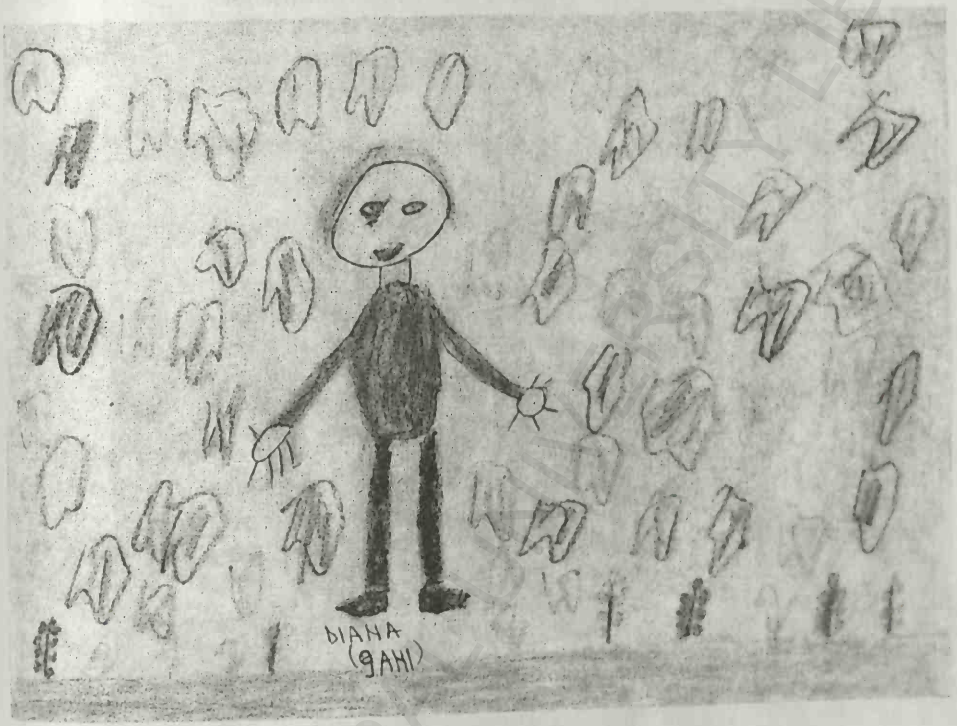
Acasă era foarte comunicativă, îşi afirma ideile şi nevoile, avea mai multe responsabilităţi şi era mai puţin dependentă de anturaj, deşi avea momente când nu era sigură de sine. La şcoală continua să fie timidă, retrasă şi nu avea decât o singură prietenă, faţă de care avea o atitudine submisivă.

Am stabilit ca obiective pentru această etapă a terapiei creşterea stimei de sine, creşterea afirmativităţii la şcoală şi învăţarea unor modalităţi mai bune de comunicare cu colegii.

Am folosit mai multe metode, cele mai utile dovedindu-se a fi experienţele de mişcare corporală, de respiraţie şi relaxare (imaginea corporală este un aspect important al acceptării de sine), realizarea autoportretului, recitarea de poezii cu expresii diferite în timp ce se privea în oglindă (asta fiindcă o speria faptul de a recita la serbare), exerciţii de exprimare a propriilor opinii, a dorinţelor, a ceea ce-i place şi a ceea ce nu-i place. Am mimat şi situaţii de luptă fizică în care ea trebuia să se apere şi chiar a observat că are mai multă forţă decât credea şi ştie bine să riposteze. A putut astfel să exprime şi agresivitatea pe care şi-o reprima în relaţiile interpersonale cu costul unei submisivităţi care nu o mulţumea.

Am lucrat în această manieră opt sesiuni pe parcursul a câteva luni, după care am observat cu toţii schimbări în comportamentul ei în direcţia pe care mi-o propusesem. Realizând un desen intitulat *Cum mă simt acum*, Diana s-a reprezentat pe sine într-o

grădină plină cu flori de primăvară, iar cerul bogat colorat cobora până la flori (desenul 41). Spune că se simte bine şi fetiţa din desen are 9 ani, mai mult decât ea (nevoia de autovalorizare) (desenul 42).



Desenul 41

Mai departe, Diana şi-a facut autoterapie. Le-a cerut părinţilor să o lase la semiinternat, pentru a fi împreună cu colegii ei, „acasă nu am copii cu care să mă joc". Aici s-a integrat bine, şi-a făcut noi prieteni, deşi nu este prea vorbăreaţă. A început să urmeze cursurile unui cerc de teatru pentru copii, unde lucrează multe exerciţii de comunicare şi dramatizări împreună cu ceilalţi. Iniţial, i-a fost foarte dificil să realizeze ceea ce i se cerea, însă nu dorea să renunţe (pas foarte important în maturizarea sa). Ne-am mai întâlnit de câteva ori în această perioadă şi am exersat împreună diferite tehnici de expresivitate corporală şi verbală, imitarea unor animale, dans pe ritmul tobelor africane (iniţial era foarte blocată corporal), iar am inventat poveşti, pentru a o ajuta să devină o „actriţă bună".

Toate acestea au făcut ca la sfârşitul clasei a doua, Diana să fie mult mai deschisă, comunicativă, cu mai multă iniţiativă şi imaginaţie, iar lucrul cel mai important: are prieteni.

Diana are acum nouă ani şi este în clasa a treia. A ales să rămână la semiinternat şi-mi povesteşte cu mândrie cum îi ajută pe copiii mai mici la teme. Continuă să meargă cu plăcere la cursul de teatru, unde a progresat în ceea ce priveşte sociabilitatea şi creativitatea relaţională. Acasă se comportă ca un copil responsabil şi părinţii sunt mândri de modul în care a crescut.

Desenul 42

La ultima întâlnire i-am spus că vreau să scriu despre ea într-o carte şi am rugat-o să se gândească cum au ajutat-o întâlnirile noastre. Mi-a răspuns repede: „Mă descurc mai bine la cursul de actorie. Vorbesc mai mult cu copiii, nu-mi mai este frică de unii copii. (*Zâmbeşte.*) Am alungat frica... Mi-a plăcut despre ce am discutat, cum ne-am jucat. Desenez mai frumos. Îmi vin idei ce să fac când mă plictisesc. Am învăţat să mă joc cu jucăriile mai frumos şi... cam atât".

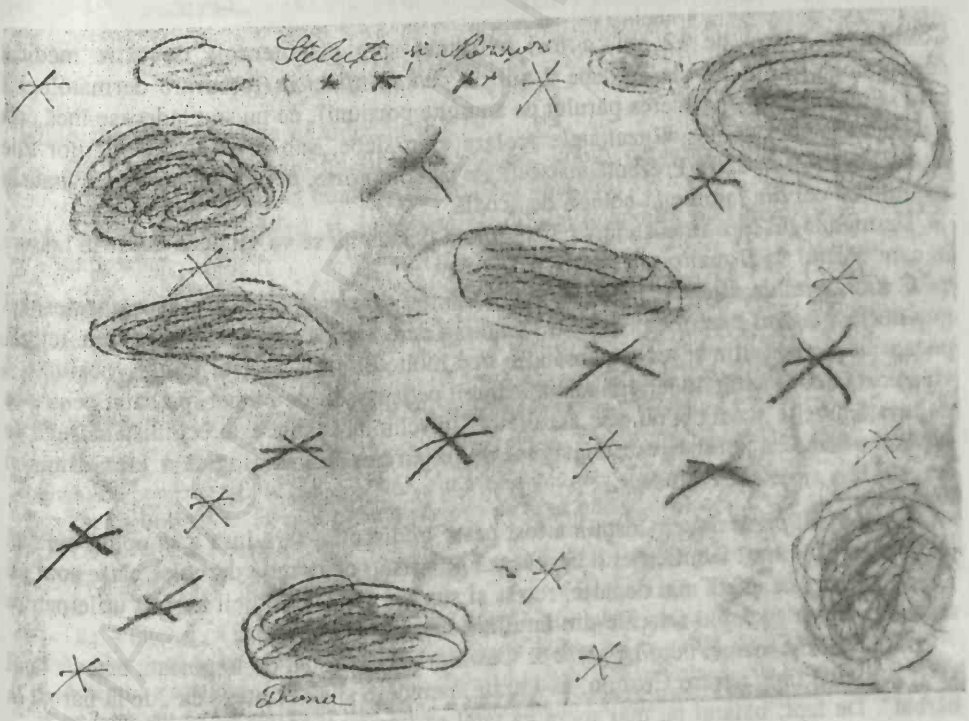
Şi pentru că Diana este şi poetă mi-a dăruit două poezii şi un desen pentru cartea mea. Le scriu mai jos:

Steluţe

De pe pământ mi se părea că stelele sunt colorate.
Mi se părea că sunt roşii şi verzi.
Mi se părea că vorbesc între ele.
Oare ce spun?
Un nor albastru a acoperit stelele.
Acel nor era de ploaie
El spunea că va veni ploaia.

Norişorii

Pe cer erau nişte norişori.
Ei spuneau:
– Va începe ploaia.
– Când va veni ploaia? am întrebat eu.
– Nu ştiu. A spus unul dintre ei.
– Când vom vrea noi. A răspuns celălalt.



Desenul 43

BCU "Lucian Blaga" CLUJ-NAPOCA UNIVERSITY LIBRARY

Comentarii finale. Diana a fost în terapie un an şi jumătate, fiind la început un copil cu o mare imaturitate emoţională, nesigur, dependent şi interiorizat. Prima parte a terapiei am lucrat folosind un stil nedirectiv, oferit de metaforă şi tehnicile expresive (desen, povestit, dramatizare). După ce a câştigat o mai mare maturizare emoţională, renunţând la comportamentele regresive, şi cum accentul prea puternic pus pe imaginaţie devenise periculos pentru echilibrul psihologic al Dianei, am început să folosesc experienţele senzoriale. Acestea împreună cu lucrul asupra imaginii corporale şi afirmativităţii au ajutat-o să dobândească o mai mare siguranţă de sine şi modalităţi mai bune de contactare a realităţii ei.

Am ajutat-o prin dramatizări, joc de rol şi tehnici de rezolvare a problemelor să se adapteze mai bine la schimbările care au survenit în viaţa sa în decursul timpului: începutul şcolii, relaţia cu colegii, cercul de teatru.

Ultima parte a terapiei a fost centrată pe dezvoltarea personală şi asistarea Dianei în procesul normal de creştere.

Consider că în cazul ei demersul terapeutic a fost complet şi datorită sprijinului dat de către părinţi. Ei nu numai că au fost foarte receptivi în a urma sugestiilor mele, ci au şi pregătit-o pe Diana pentru terapie, astfel că la fiecare întâlnire ea venea deschisă şi încrezătoare.

II.8. Cosmin – „Sunt furios pe tine, tată!"

Cosmin, în vârstă de 12 ani, a fost îndrumat spre psihoterapie de către medicul dermatolog. El suferea de aproape 2 ani de *pelada afiazica* (tulburare dermatologică care se manifestă prin căderea părului pe anumite porţiuni), ce nu se vindecase încă prin tratament medicamentos. Rezultatele şcolare erau slabe, sub nivelul capacităţilor sale intelectuale (QI = 120). Prezenta instabilitate psihomotorie, nervozitate şi agresivitate în relaţiile cu cei din familie şi colegii de şcoală.

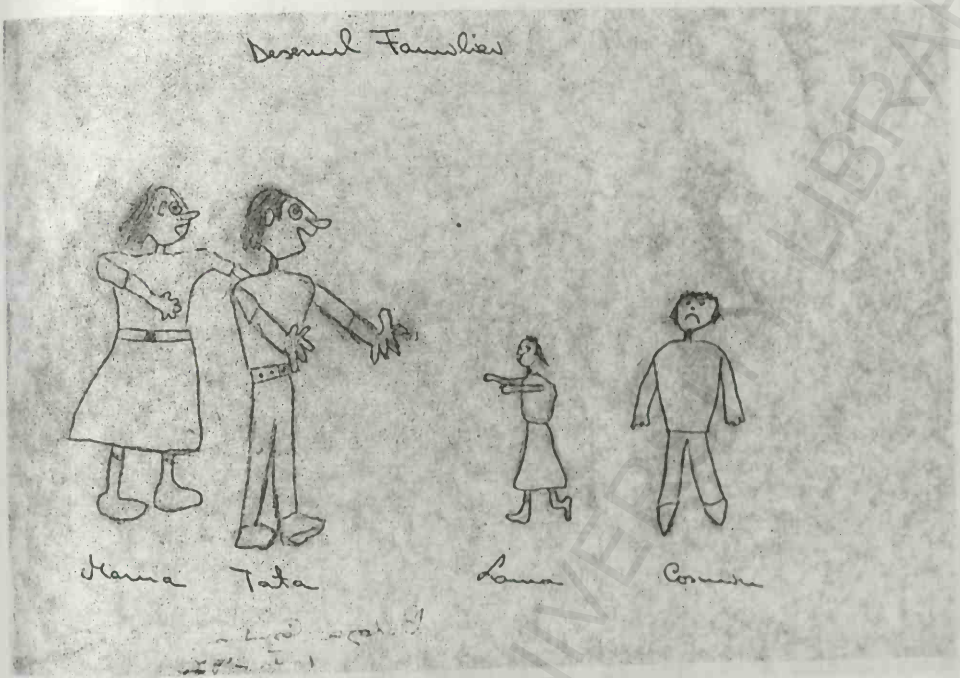
Dermatologul le-a atras atenţia părinţilor că pelada nu se va vindeca decât în măsura în care băiatul va fi mai puţin nervos şi agresiv.

Cosmin are, de asemenea, o soră mai mică, pe care este gelos din cauza preferinţei predilecte a tatălui pentru ea. Tatăl are tendinţa de a acorda mai multă afecţiune fetiţei, pedepsind-o mai puţin şi recompensând-o mai mult. El are serviciul în altă localitate şi vine acasă doar la sfârşit de săptămână, când îl pedepseşte, de obicei, pe băiat pentru că nu învaţă bine la şcoală şi nu este ascultător. În schimb, mama este echidistantă faţă de copii şi afirmă că soţul ei este îngrijorat de tulburarea dermatologică a lui Cosmin şi doreşte să-l ajute să se vindece.

La interviul preliminar, Cosmin a fost pasiv în discuţie, fără însă a se opune relaţiei terapeutice. În testul familiei, el îi desenează pe părinţi cu braţele deschise către sora lui Laura, în timp ce el stă mai departe, retras şi supărat. Aceste indicii au fost utile pentru mine ca să înţeleg rapid relaţiile din familie (desenul 44).

I-am explicat mamei cum îşi percepe Cosmin situaţia şi cât de important este ca tatăl să-şi găsească timp pentru Cosmin, să-i arate încredere şi să-l trateze ca „de la bărbat la bărbat". De fapt, băiatul nu mai spera ca tatăl să-i mai acorde vreo atenţie.

Ipoteza de la care am plecat a fost că starea lui Cosmin se datorează deopotrivă crizei puberale, dar şi rivalităţii fraterne şi relaţiei cu tatăl. Ca un amănunt în plus, băiatul începuse să dea şi semne de complexare datorită aspectului său fizic.



Desenul 44

Obiectivele terapeutice definite au fost:

- schimbarea tipului de relaţie dintre tată şi copil, deoarece conflictele dintre ei întreţineau tulburarea comportamentală a băiatului;
- facilitarea exprimării şi conştientizarea sentimentelor negative, prin tehnici expresive.

În prima sesiune, l-am rugat să-şi deseneze starea de furie. A desenat un vulcan în erupţie, cu lavă de culoare roşie, şi mi-a spus că atunci când este nervos îi vine să explodeze (desenul 45).

La următoarea întâlnire, ne-am centrat pe relaţia cu tatăl.

Cosmin: – Eu cred că el vrea să fiu aşa cum a fost el, dar eu îl am pe... Tata a fost crescut numai de bunica de la vârsta de 8 ani. Nu a avut tată. Nu ştiu cum să zic...

Terapeut: – Vrei să spui că tatăl tău vrea ca tu să trăieşti ca neavând tată şi totuşi să ai?

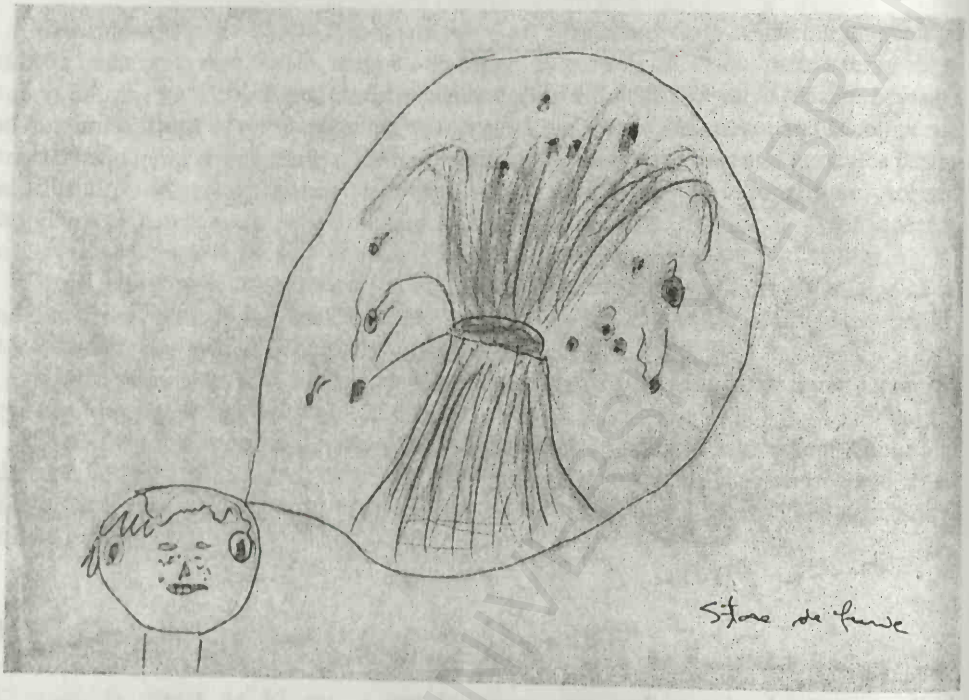
C: – Cam aşa ceva...

T: – Cu tată şi fără tată în acelaşi timp?

C: – Da.

T: – Înţeleg că tatăl tău, neavând tată, nu a învăţat cum să aibă o relaţie bună cu fiul său, însă chiar dacă tu nu crezi, el vrea să se apropie de tine ca de un fiu. Poţi să speri că o să o facă pentru a te ajuta să nu mai ai boala dermatologică... Poate chiar boala te va ajuta pe tine şi pe tatăl tău să vă apropiaţi mai mult... Gândeşte-te că sunteţi ca doi oameni care au fost despărţiţi mult timp şi acum încep să se redescopere.

(Înainte de acest dialog, întrebându-l care credea că ar fi soluţia la problema sa, mi-a răspuns: „Tata să nu o iubească aşa mult pe Laura" – un obiectiv nerealist.)



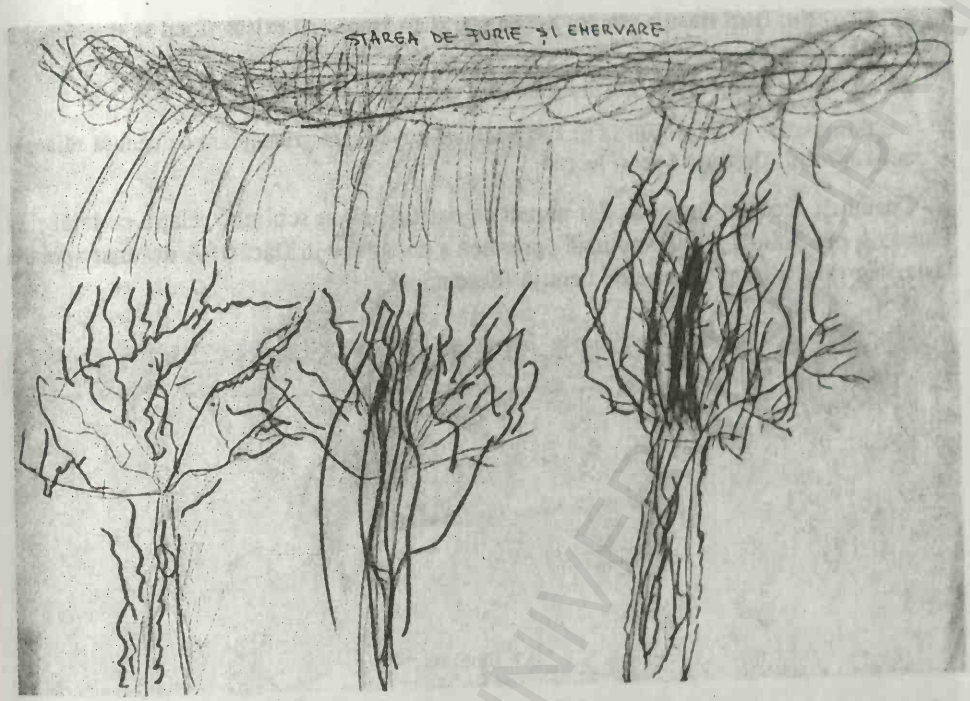
Desenul 45

După discuţie :

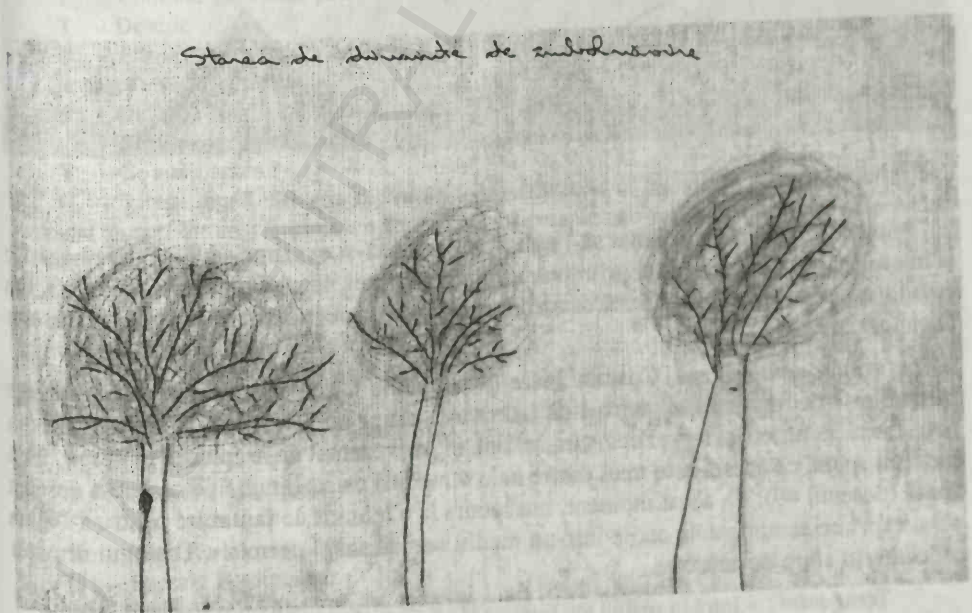
Cosmin : – Să mă iubească tata tot aşa de mult ca şi pe Laura (*obiectiv realist*).

Pentru că tot mai simţea furie şi supărare, l-am pus să-şi deseneze starea. A reprezentat trei copaci în flăcări roşii (desenele 46 şi 47).

Terapeutul : – Vorbeşte-mi despre acest desen. Cine le-a dat foc copacilor ?
Cosmin : – Un om.
T : – Îl cunoşti ?
C : – Da. Laura, cu puterea şi voinţa ei de a-mi face rău. Aşa îmi dă ea mie foc.
T : – Ard mereu sau se aprind când şi când ?
C : – Ard continuu până se fac cenuşă, iar cenuşa este purtată de vânt.
T : – Desenează acest lucru.
.....
C : – Am vrut să desenez o pădure, aşa de mare era furia.
T : – Când le-a dat Laura foc ?
C : – Înainte să mă îmbolnăvesc.
T : – Cu mult înainte ?
C : – Nu.
T : – Un an ?
C : – Mai puţin.
T : – Dar ce s-a întâmplat atunci ?
C : – Tata a început să o iubească pe ea mai mult, a răsfăţat-o şi nu mă mai pot înţelege cu ea.
T : – Există vindecare ?



Desenul 46



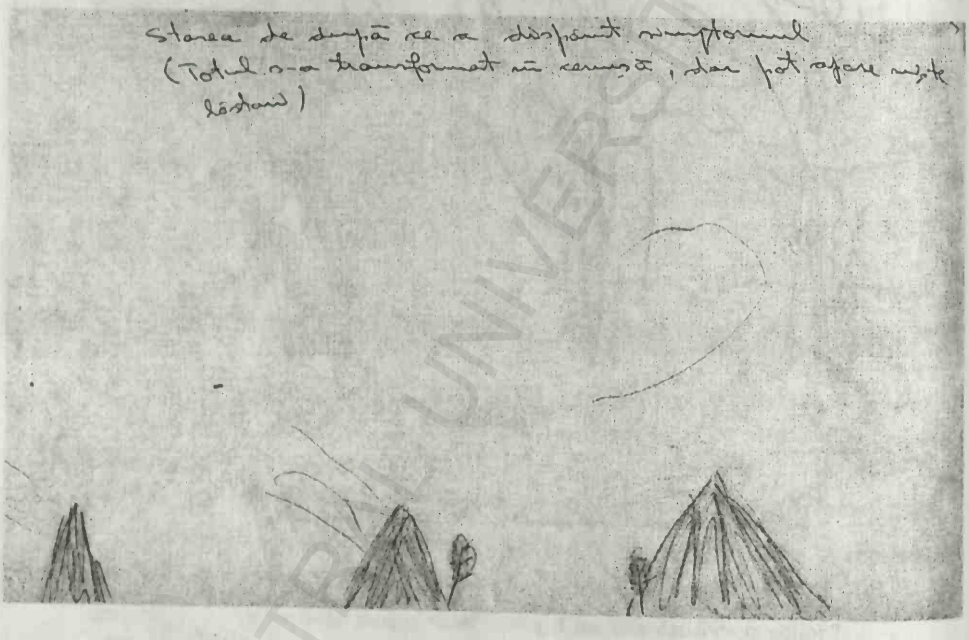
Desenul 47

C: – Nu. Dacă situaţia rămâne aşa cu tata şi cu Laura, nu există. Totul se transformă în cenuşă. (*Oftează.*)

Am introdus ideea lăstarilor ce cresc din cenuşă.

Terapeutul: – Îţi propun să ne imaginăm că din fiecare grămăjoară de cenuşă răsare un mic copăcel... Desenează acest lucru...

Cosmin a acceptat sugestia, dar numai cu condiţia să se schimbe relaţia cu tatăl şi cu Laura. A precizat că situaţia actuală era aceea a copacilor în flăcări. A desenat apoi trei lăstari ce răsar din grămezile de cenuşă (desenul 48).

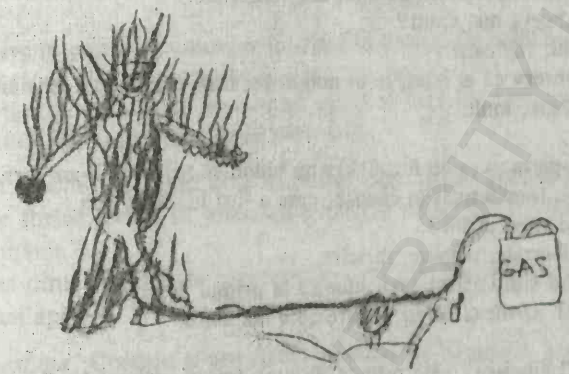


Desenul 48

Prin acest demers, am căutat să-l ajut pe Cosmin să-şi exprime sentimentele negative şi în acelaşi timp am introdus, prin intermediul metaforei, ideea vindecării. Totodată, am stabilit o bază a colaborării lui Cosmin la procesul terapeutic şi a reactivării resurselor lui interioare.

La următoarea şedinţă, Cosmin apare la cabinet la fel de nervos şi agitat. Se plânge că tatăl este nedrept cu el şi afirmă că Laura este cauza bolii lui. Pus să-şi deseneze din nou starea de furie, îşi reprezintă sora, căreia el, reprezentat de asemenea în desen, îi dă foc. Îmi spune că acesta este unul dintre cele 6 moduri de răzbunare pe care le-a desenat acasă (desenul 49). La acest moment, am recurs la o tehnică de fantazare pentru a-l ajuta să-şi exprime sentimentele ostile într-un mediu securizant şi permisiv. Dialogul următor a decurs în stare de relaxare.

Terapeutul: – Intră în spaţiul tău interior şi observă că ai senzaţii sau sentimente speciale. Uită-te cu atenţie la ele pentru că vei putea să înţelegi ce anume îţi comunică. Poţi să îmi vorbeşti acum despre aceste senzaţii sau sentimente deosebite?



Desenul 49

Cosmin: – Răzbunare totală.

T: – Cum apare asta?

C: – Cum am desenat-o acasă – în 6 posturi.

T: – Descrie-o.

C: – Prima: ca şi când s-ar îneca şi nu ştie să înoate. Trece o barcă pe lângă ea şi nu o ia. În barcă mă aflu eu singur.

T: – Ce simţi când vezi această imagine?

C: – Sentimente de răzbunare.

T: – Ce simţi acum?

C: – Linişte totală. Plăcere. (*Oftează.*) A doua: într-o zi frumoasă cu soare (*oftează*), se apropie un nor, dar un trăsnet care o atinge îi dă foc complet şi o carbonizează în câteva secunde.

T: – Ce simţi acum?

C: – Nu ştiu.

T: – Fii atent în interiorul tău. Eşti în spaţiul tău interior. Ce simţi?

C: – Eliberare de ea şi de tata.

T: – Ca şi cum ai fi scăpat de o povară?

C: – Da.

T: – Ai vreo legătură cu trăsnetul?

C: – Nu.

T: – Altceva ai mai simţit?

C: – Nu.

T: – După, ce stare ţi-a lăsat?

C: – Bucurie în totalitate.

T: – Simţi că te-ai mai eliberat de o părticică din tensiune?

C: – Da. Complet.

T: – Altceva?

C: - Nu.

.....

C: - A treia: într-o excursie, nu ştiu cum a fost organizată, se duce pe munte şi cade de pe nişte pietre. Eu eram muntele şi pietrele erau mâinile mele şi i-am dat drumul. Cu greu m-am putut abţine până a ajuns sus. Foarte greu... Ea urca uşor.

T: - Ce senzaţie îţi dă această imagine?

C: - Cam aceeaşi din desenul doi: libertate.

T: - Altceva mai simţi?

C: - Nu. (*Oftează.*)

T: - Observ că ai oftat, te-ai mai eliberat de o parte din tensiune?

C: - Foarte mult.

.....

C: - A patra: cea cu focul. Era un bidon cu benzină. L-am turnat pe ea aproape tot. Pur şi simplu s-a transformat în cenuşă, care a fost luată de vânt.

T: - Ce simţi acum?

C: - Libertate, scăpare, fericire.

T: - Mai simţi aceeaşi tensiune ca la primul desen?

C: - Da. Urmează altul în care abia mă abţin.

.....

C: - Al cincilea: este o haită de lupi dresaţi. (*Oftează.*) Ea s-a dus în pădure şi eu la margine, aşteptam. Am aşteptat foarte mult, a trebuit să mă abţin până le-am dat drumul. (*Oftează.*) Sunt flămânzi, nu au mai mâncat de mult. Dar a trebuit să aştept până a ajuns ea în mijlocul pădurii. Atunci abia le-am dat drumul.

T: - Ce s-a întâmplat atunci?

C: - Au distrus-o în întregime.

T: - Ce simţi acum?

C: - Libertate din nou. (*Oftează.*)

T: - Milă faţă de ea?

C: - Nu, deloc. Simt scăpare de ea.

.....

C: - Pe al şaselea nu vi-l pot descrie. (*Se încruntă.*)

T: - E aşa de cumplit?

C: - Pur şi simplu.

T: - Ce simţi acum?

C: - Ceea ce aşteptam de mult. Libertate şi singurătate, şi îmi place aşa ceva.

T: - Aşa, fără ai tăi?

C: - Da.

T: - Nu ţi-e teamă aşa, singur?

C: - Nu, din contră, îmi place. (*Oftează şi apoi zâmbeşte.*)

I-am sugerat ca timp de câteva respiraţii să simtă cum prin expiraţie, o dată cu aerul ies tensiunile, nervozitatea, răutatea, iar prin inspiraţie, o dată cu aerul proaspăt intră pacea, liniştea şi bunătatea. I-am sugerat să-şi aducă în minte o imagine frumoasă.

T: - Încearcă să-ţi aduci în minte o imagine frumoasă, în care să te simţi bine, liniştit, calm, protejat. După ce ai obţinut imaginea, deschide ochii.

Trec câteva clipe, după care deschide ochii speriat.

C: - Laura intervine şi strică imaginea.

.....

T: - Ce crezi tu că ai obţinut în această sesiune, la ce te-a ajutat ea?

C: - M-am descărcat. De aici plec detensionat, mă descarc aşa cum o fac şi acum, dar când ajung acasă, mă simt iarăşi încărcat şi tensionat. Mă enervează Laura.

T: – Nu-i suficientă numai această descărcare aici în cabinet, ci tu trebuie să încerci să o menţii şi acasă. Trebuie să faci şi tu un efort în a te schimba. Eu am încredere că poţi face acest lucru.

C (*zâmbeşte neîncrezător*): – Dar Laura rămâne şi mă enervează în continuare.

T: – Dar tu nu ai dreptul să interzici existenţa cuiva, pentru că nu eşti Dumnezeu.

C: – Asta nu.

T: – Efortul trebuie să fie în mare măsură al tău.

.....

T: – Ce obiective îţi propui să urmărim în sesiunile noastre de terapie?

C: – În primul rând, să-mi crească părul. Apoi, mai vedem.

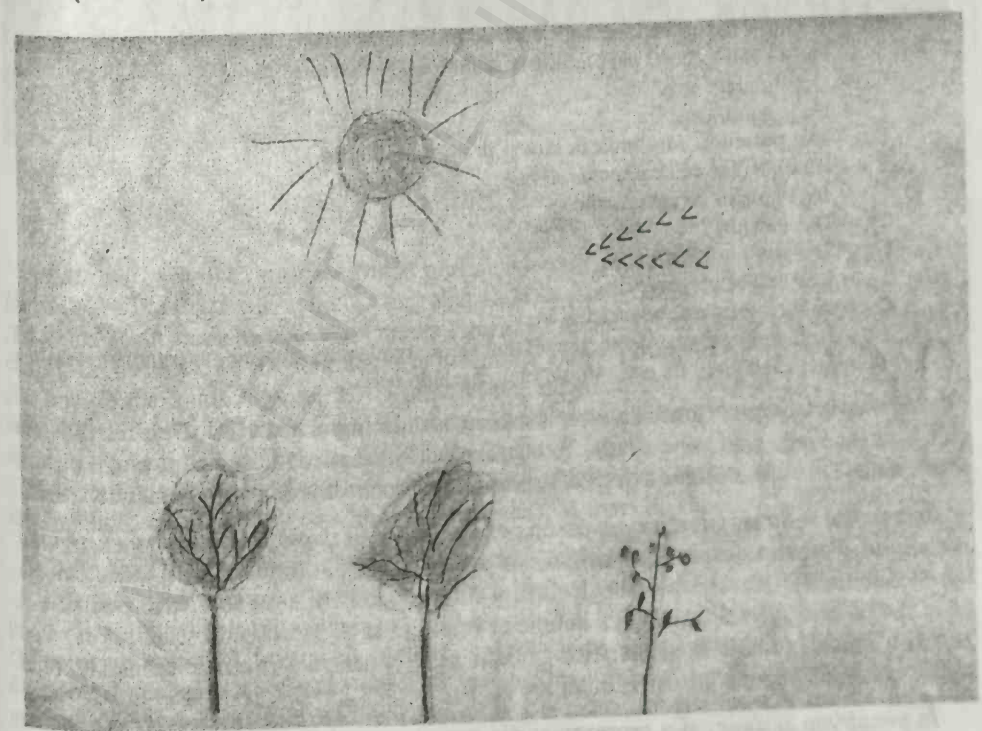
T: – Pentru a-ţi creşte părul este necesar să ajungi la acel echilibru psihologic de care vorbea doamna dermatolog şi asta presupune efortul tău.

Apoi l-am învăţat câteva modalităţi de a se elibera de mânie, fără să facă rău altora. Astfel, când se simte furios, poate să lovească o pernă, să haşureze, să rupă hârtie, să ţipe, să-şi deseneze mânia.

Aceasta a fost una dintre întâlnirile terapeutice cele mai importante, judecând după efectele observate mai apoi.

La următoarea sesiune, Cosmin a venit mai vesel, mai zâmbitor şi mai destins. Şi relaţiile cu tata şi cu Laura se îmbunătăţiseră.

Starea prezentă a desenat-o sub forma a trei lăstari ce apar din cenuşă şi se înalţă spre soare (desenul 50).



Desenul 50

Terapeutul: – Povesteşte-mi despre acest desen.
Cosmin: – Orice pom cu cât e mai verde, cu atât e mai populat de păsări, e mai frumos.
T: – Ce simţi acum?
C: – Puţină bucurie.
T: – Ce o să se întâmple cu lăstarii?
C: – O să crească mari.
T: – Data trecută, după fiecare imagine de răzbunare mi-ai spus că simţi linişte, bucurie. Ce înseamnă pentru tine aceste sentimente?
C (*după un moment de gândire*): – Ceea ce simt acum?
T: – Vrei să spui că ai ajuns să-ţi atingi scopul fără a recurge la răzbunare?
C: – Da, pentru că şi tata, şi Laura au fost mai înţelegători.

Am introdus apoi tehnica jocului de rol. Prin inversiune de rol cu tatăl şi cu sora sa, Cosmin a realizat că sora sa nu-l necăjeşte pentru că vrea să-i facă rău, ci pentru că este prea răsfăţată şi crede că i se cuvine totul. Când a jucat rolul tatălui, a înţeles că pentru tată cea mai importantă este înţelegerea reciprocă. Când le-a vorbit tatălui şi Laurei, care erau proiectaţi pe scaunul gol, le-a putut spune ce anume îl deranjează şi care sunt nevoile lui în raport cu ei.

În stare de relaxare, am avut următorul dialog:

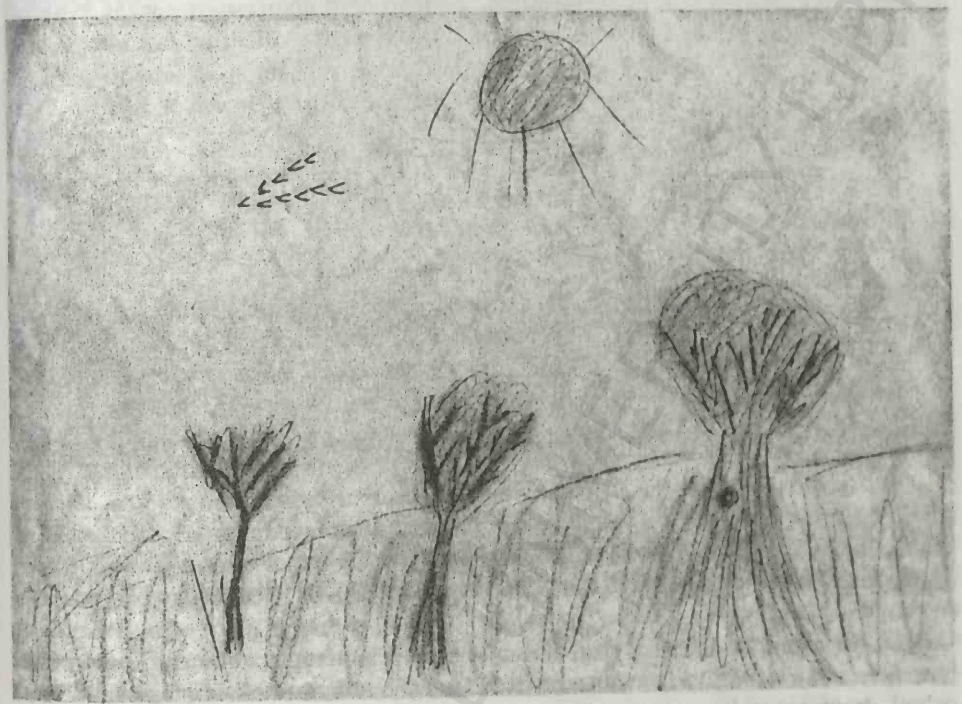
T: – Intră în spaţiul tău interior şi observă că ai senzaţii sau sentimente speciale, deosebite. Uită-te cu atenţie la ele şi înţelege ce-ţi comunică. Ce senzaţii sau sentimente trăieşti acum?
C: – Sentimente plăcute, liniştite.
T: – Ce îţi comunică ele?
C: – Nu ştiu. Cred că am înţeles grija tatălui meu pentru mine şi, bineînţeles, şi pentru Laura.
T: – Poţi să-mi vorbeşti despre ce s-a întâmplat în interiorul tău?
C: – O îndreptare spre bine.
T: – Unde simţi acest lucru?
C: – Mai peste tot. Mai mult la tata şi la mine. (*Oftează.*)
T: – Pentru viitor ce sentimente ai?
C: – Încă nu ştiu ce sentimente.
T: – Dar gânduri?
C: – Despre viitor încă nu...
T: – Dar despre prezent?
C: – Atât. Înţelegere, bucurie.
T: – Lasă-te impregnat de aceste sentimente de înţelegere, bucurie, speranţă şi rămâi cu ele. Şi atunci când simţi că eşti plin de ele, deschide ochii.

Sesiunea următoare, Cosmin a venit la cabinet mai destins şi mai vesel. Deja relaţiile sale cu Laura şi cu tatăl s-au îmbunătăţit. Totodată, părul a început să-i crească şi asta îl bucură foarte mult. Discută cu uşurinţă despre rezultatele lui şcolare, subiect pe care înainte îl evita.

Într-o altă sesiune, a realizat un desen pe care l-a numit *Lupta finală pentru câştigarea războiului*. Povestea despre acest desen este aceea a bătăliei dintre rebeli şi atacatori. Ea are şi o morală: „Sacrificiile sunt pentru a învinge. Rebelii s-au sacrificat pentru a fi pace şi egalitate". L-am întrebat ce anume ar trebui el să-şi sacrifice în viaţa lui de zi cu zi. Mi-a spus că trebuie să-şi sacrifice anumite plăceri pentru a-şi atinge scopurile, unul dintre ele fiind îmbunătăţirea rezultatelor şcolare.

În penultima sesiune, şi-a reprezentat din nou starea sub forma desenului. A făcut o imagine cu trei copaci înalţi, un stol de păsări şi soarele sus pe cer. Mi-a zis că se simte bine, iar sesiunile de terapie l-au ajutat să fie mai puţin nervos şi agresiv cu sora şi cu

ceilalţi colegi de joacă. Cu toate că şi-a schimbat atitudinea faţă de tată, încă mai are unele resentimente (desenul 51).



Desenul 51

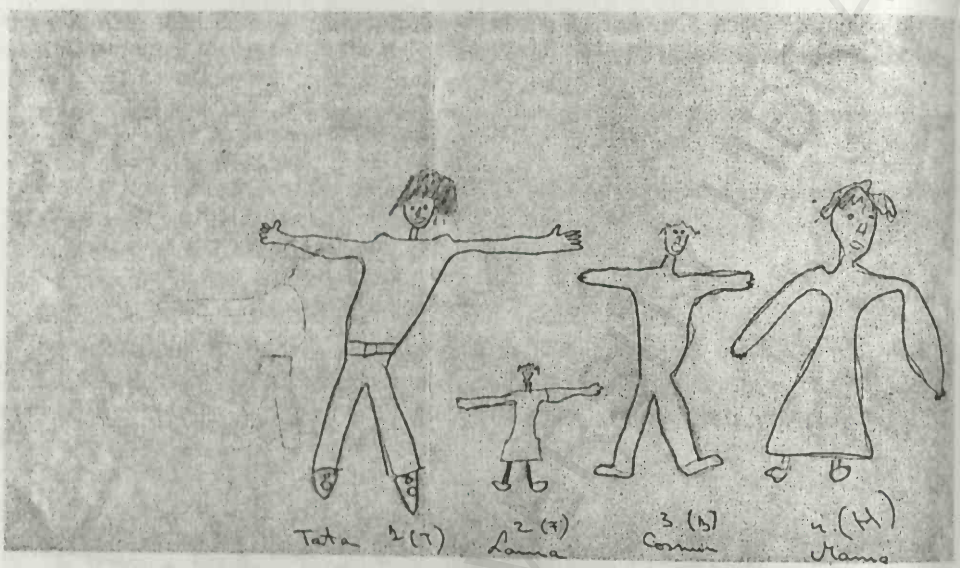
În ultima întâlnire, am observat o participare mai redusă din partea lui. Răspunde într-o doară la întrebările mele. L-am rugat să-şi deseneze familia şi a început să o facă fără elan. Se situează pe sine între tata şi Laura. El se aseamănă cu tatăl şi este mai înalt ca sora sa (desenul 52). Observ că nu se mai simte exclus din familie şi chiar şi-a câştigat şi o poziţie mai bună. Spune că în ultima vreme nu a mai avut timp să se gândească la certuri şi răzbunări. Simte că s-a schimbat în urma întâlnirilor terapeutice şi că a putut astfel să-şi răspundă la anumite întrebări.

Constatând un anume plafon în progresul terapeutic, am întrerupt şirul întâlnirilor săptămânale, urmând să ne întâlnim la intervale mai mari de timp.

Comentarii finale. Cosmin s-a aflat în terapie trei luni.

Prin folosirea tehnicilor expresive şi gestaltiste (desen, joc de rol, fantazare), el a putut să devină conştient de mânia sa, să o cunoască şi s-o exprime în moduri care nu fac rău celor apropiaţi. A învăţat să evalueze situaţia şi să aleagă între a-şi exprima mânia direct persoanei care îl provoacă sau să o exprime în alt mod. Ca efect, Cosmin a devenit mai puţin nervos şi irascibil, i-a crescut toleranţa la frustrare, şi-a îmbunătăţit relaţiile cu tatăl şi sora sa. Aceste schimbări au grăbit vindecarea tulburării dermatologice.

Terapia nu a fost însă completă, din cauza neparticipării tatălui, care, datorită serviciului, nu a venit niciodată la cabinet.



Desenul 52

II.9. Gabriel – copilul divorţului şi controlul durerii

Gabriel, în vârstă de 9 ani, a fost îndrumat spre psihoterapie, din cauza unei cefalee puternice care nu cedează la medicamente. El are şi o tulburare oftalmologică severă (cu ochiul drept nu vede aproape nimic) şi un traseu EEG modificat, însă acestea nu justifică, după părerea medicilor, starea lui prezentă.

Durerea de cap este însoţită de adevărate crize de plâns până la epuizare şi apare în special după un efort fizic sau psihic mai intens. Cefaleea, insomnia de adormire, uşoara anorexie sunt simptome ce au început în urmă cu 4-5 luni, la sfârşitul clasei a II-a. Mama este foarte speriată de starea copilului.

Din anamneză se desprind aspecte ce au putut acţiona ca factori precipitatori, care au declanşat şi probabil întreţin starea prezentă. Părinţii au divorţat în urmă cu 6 ani şi mama relatează că după divorţ copilul nu a mai zâmbit timp de 3 luni, de unde înainte era foarte vesel. La sfârşitul clasei întâi, învăţătoarea l-a anunţat pe Gabi că o să ia premiul I, însă, la premiere, l-a nominalizat pentru premiul II, după ce i-a modificat două medii în carnetul de note. Gabi a suferit foarte mult în acel moment. La începutul clasei a III-a a fost mutat la o altă şcoală, unde are o învăţătoare foarte bună.

În prezent, familia este agasată de telefoanele tatălui, care pretinde copilul, vrând să redeschidă procesul. Mama vrea să se recăsătorească cu un bărbat care îl iubeşte pe băiat, dar uneori îl ceartă. Este important de menţionat faptul că acesta a locuit o perioadă de câteva luni la ei şi, aproximativ în perioada în care s-a declanşat tulburarea lui Gabi, bărbatul a plecat să locuiască temporar acasă la el.

Mama este hiperprotectoare şi îi ia întotdeauna apărarea atunci când prietenul ei sau bunica îl mai ceartă pe Gabi. Ea se mândreşte cu faptul că relaţiile sale cu copilul sunt foarte strânse, bazate pe înţelegere şi prietenie. Totuşi, în ultimul timp, se întâlnesc doar seara.

ea fiind foarte ocupată cu serviciul ei. Copilul are tendinţa să se folosească de simptomul lui pentru a-i obţine atenţia şi se arată mai neputincios decât este.

În interviul preliminar cu Gabi, l-am rugat să-mi vorbească despre durerile lui. A făcut-o cu plăcere, descriindu-le în amănunt. Simte dureri în zona frontală ce sunt uneori atât de puternice încât începe să plângă. Alteori acuză dureri în abdomen, în spate, în călcâi, în degetul de la mână, care apar şi dispar brusc, pe neaşteptate. La un moment dat, îmi vorbeşte despre stări disociative concomitente durerii:

Gabriel: - Când mă doare capul, eu pot să plâng şi să vorbesc în mintea mea despre altceva sau chiar să râd.

Terapeutul: - Cine te-ar putea scăpa de durere?

G: - Mama. Dar nici ea nu poate să facă nimic. Mi-e teamă că durerile vor fi din ce în ce mai puternice.

Pe de altă parte, Gabi pare să-şi fi pierdut încrederea în el în urma conflictelor cu fosta învăţătoare. El spune că nu poate citi bine lecţia în clasă şi chiar ţine să-mi arate că nu citeşte destul de repede şi coerent.

Analizând toate aceste date, am considerat că cefaleea şi starea tensionată pe care le are Gabi se datorează atât cauzelor somatice, cât mai ales relaţiilor cu cei din anturajul său, relaţii încărcate de conflicte, ambivalenţă, frustrare, temeri neexprimate (teama de abandon, că o va pierde pe mama sa, teama de schimbare a vieţii familiale).

În acest caz, demersul terapeutic a avut în mare parte aspectul unei consilieri a membrilor familiei, iar obiectivul terapeutic declarat şi acceptat de Gabi a fost acela de a învăţa împreună să cunoaştem şi să stăpânim durerea şi mai ales ce se află în spatele ei.

O mare importanţă a avut-o crearea unui relaţii bune cu Gabi, a unei atmosfere prietenoase, permisive, deoarece el este un copil suspicios, refractar şi răsfăţat. De-a lungul întâlnirilor noastre, au fost câteva momente semnificative din punctul de vedere al demersului terapeutic.

Prima sesiune am dedicat-o discuţiei despre durere.

Terapeutul: - Mie nu îmi este frică de această durere aşa cum îi este mamei tale.

Gabriel: (*Se arată surprins şi nu răspunde nimic. Pare suspicios, dar şi interesat totodată.*)

T: - Aş vrea să o putem cunoaşte.

G: (*Încuviinţează, tot fără să vorbească.*)

I-am prezentat un exerciţiu de defocalizare a durerii. I-am spus să-şi reprezinte durerea ca pe un măr. Când îl doare capul, mărul este întreg. Apoi să-şi imagineze că simte această durere şi să încerce să taie câte o felie de măr, observând ce se întâmplă cu durerea. Mi-a spus că scade, dar nu dispare. Ştiind că durerea are şi un beneficiu secundar, l-am asigurat că nu este necesar să o facă să dispară, ci doar să reducă mărul la o singură felie şi să observe ce se întâmplă. Dar - lucru important - să rămână întotdeauna o felie de măr. Am încercat să-l decentrez şi să demitizez durerea, lucrând asupra ei în manieră ericksoniană. În final, l-am pus să-şi deseneze durerea de cap. A desenat un măr cu multe linii colorate, verticale.

În sesiunea a doua, mi-a spus de la început că a încercat să facă exerciţiul cu mărul acasă, dar fără efect, durerea chiar i-a crescut. I-am propus un nou exerciţiu de lucru asupra durerii, în joacă, prin schimbarea poziţiei ei în corp. Însă a fost rezistent şi la această tehnică, refuzând să creadă că va scăpa de durere. Nu era pregătit să accepte acest lucru.

În schimb, mi-a explicat amănunţit mecanismul durerii lui. Mi-a vorbit despre două tipuri de stări: una în care mai întâi îl durea capul, apoi avea senzaţia de frig şi apoi începea să plângă. Cea de-a doua stare, mai recentă, se declanşează mai întâi prin plâns, apoi prin frig şi, la sfârşit, cu durere de cap. După ce plânge este foarte obosit, „stors", nu mai poate face nimic, nu se mai poate ocupa de lecţii. În acest moment, am înţeles că cefaleea avea pentru Gabi o semnificaţie mai profundă decât crezusem iniţial şi nu voia să renunţe la ea, cel puţin nu prin tehnicile directive. Am interpretat simptomele descrise de copil ca pe o insecuritate afectivă (frigul), teama de a nu pierde afecţiunea mamei (plânsul o aduce de fiecare dată aproape de el), el fiind în acelaşi timp ambivalent în sentimentele lui faţă de prietenul mamei, pe care îl simte ca un intrus în relaţiile dintre ei.

La sesiunea a treia, mama mi-a spus că Gabi încearcă să-şi controleze durerea, dar nu reuşeşte. În schimb, nu a mai avut crize de plâns.

Gabi îmi destăinuie credinţa în „puterile sale bioenergetice", putând să ia sau să dea energie celor din jur. Am remarcat faptul că are nevoie să fie admirat, valorizat şi i-am sugerat să-şi folosească aceste puteri în vindecarea sa.

La sesiunea a patra, Gabi îmi spune că l-a mai durut capul, dar nu a mai plâns.

Am realizat împreună un desen: fiecare trasa câte o linie şi celălalt îl completa astfel încât în final să rezulte ceva cu sens. Folosindu-se de elementele din desen, Gabi construieşte o poveste. Este vorba despre un băiat care face scufundări în mare şi strânge diferite lucruri: o elice, o ancoră, peşti; şi se simte bine acolo. Zăreşte un pui de balenă pe care vrea să-l prindă şi în acel moment scapă geanta cu medicamente. Se întâlneşte apoi cu nişte exploratori care erau într-un submarin. În final, băiatul se întoarce acasă fără să ia nici un obiect cu el, dar şi fără geanta de medicamente.

Pentru mine, această povestire simbolizează faptul că, pe măsură ce lasă să iasă la suprafaţă din subconştient (reprezentat de scufundarea în mare) temeri, emoţii reprimate, Gabi este gata să renunţe la boală (reprezentată de geanta cu medicamente). Am interpretat acest lucru ca pe un progres în terapie, trecerea dincolo de rezistenţele puse iniţial (desenul 53).

Una dintre sesiunile cele mai importante a fost aceea în care am iniţiat un joc imaginativ de lucru asupra durerii. Descriu în continuare cum a decurs acest dialog.

Terapeutul: – Închide ochii, intră în spaţiul tău interior şi imaginează-ţi că te afli într-un loc plăcut, unde te vezi stând pe un fotoliu, priveşti la un televizor şi ai o telecomandă în mână... Pe ecran poţi vedea durerea ta de cap. Cum îţi reprezinţi durerea? Este o culoare, un sunet, un miros sau o atingere?

Îl conduc să-şi manifeste şi celelalte sisteme senzoriale, durerea activându-l în special pe cel kinestezic. Aceasta are ca efect ieşirea din patternul obişnuit de gândire şi simţire, precum şi deblocarea creativităţii, ceea ce conduce la vindecare.

Gabi: – Este ca un sunet.

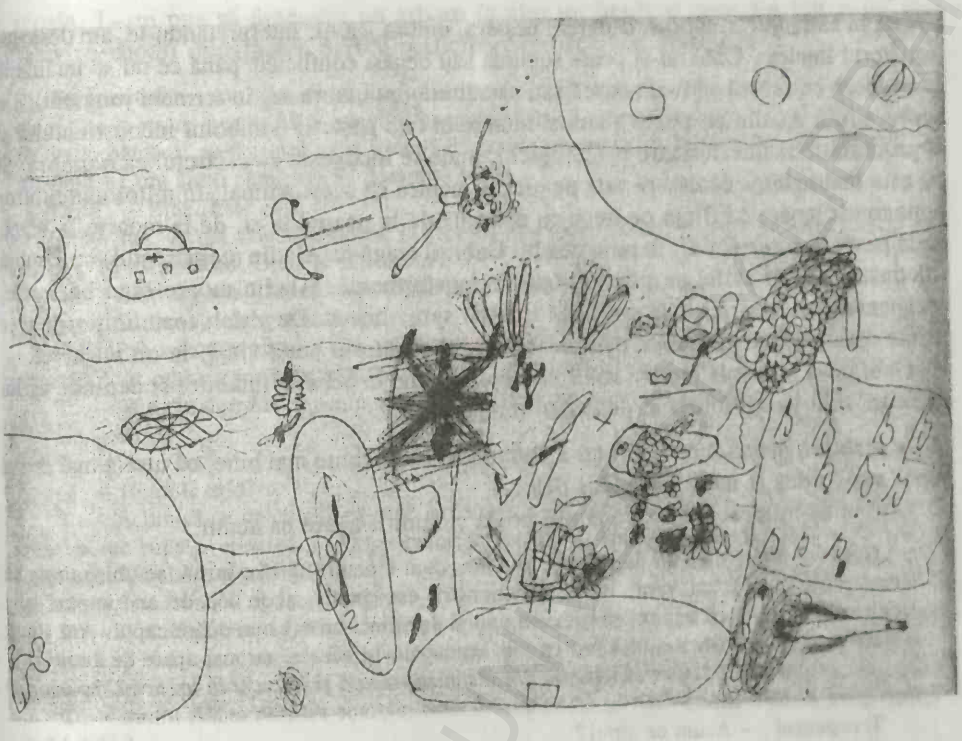
T: – Imaginează-ţi un aparat de radio care emite acest sunet. Tu ai telecomanda în mână şi poţi acţiona asupra aparatului.

I-am sugerat astfel ideea că el are controlul asupra durerii şi o poate transforma. L-a amuzat această idee.

Cu ajutorul întrebărilor mele, mi-a descris sunetul reprezentat de durere ca fiind de pisică sălbatică, încet, bâlbâit, grav, mai mult plăcut decât neplăcut, mai puţin clar şi se opreşte pentru câteva secunde, în mod ritmic. Starea generală creată de sunet este una neplăcută, de iritare. I-am sugerat să transforme sunetul, să-l facă cât mai plăcut.

T: – Ce transmite sunetul?

G: – Ceva de mirosit. Ca un început de miros.



Desenul 53

T: – Ce fel de miros?

G: – Mirosul unui animal. Ca un castor, ca o vulpe. Miroase rău.

T: – Îţi propun să-l transformi într-un miros de crin. Ce simţi acum?

G: – Mă duce cu gândul la o poveste: ceva care zboară, ca Aladin... Dar dintr-o dată nu mai este covorul şi Aladin cade într-o crăpătură din pământ în care este nisip.

T: – Cine îl ajută să iasă de acolo?

G: – Trei cuie care erau acolo. Le pune unul la stânga, unul la dreapta şi altul în stânga sus. Apoi pleacă mai departe şi ia cuiele cu el. Merge, nu ştie unde, dar merge aşa. Se face noapte şi se împiedică de o piatră şi vede fum şi adoarme. Când se trezeşte dimineaţa, se scoală de jos şi se gândeşte unde este drumul. Vede un semn care nu înseamnă nimic şi o peşteră.

T: – Ce face acum?

G: – Merge mai departe spre peşteră.

T: – Lasă-l pe Aladin să ajungă în faţa peşterii şi să deschidă uşa pentru că acolo poate fi cineva care vrea să iasă afară. Cine este acela?

G: – Cineva urcat pe cal care sare peste Aladin şi fuge în deşert. Cineva ca un fel de umbră, numai ochii sunt vii. Cred că îl urăşte pe Aladin. Pare bizar. Calul avea copitele tot ca o umbră. Era cam prost calul... Aladin pleacă mai departe, nu-l mai interesează să intre în peşteră şi până la urmă moare de sete.

Comentarii. Dacă tehnicile directive de lucru asupra durerii declanşau în Gabi reacţii de rezistenţă, metoda indirectă a metaforei este mai blândă şi nepericuloasă în termenii schimbării. Ea este atrăgătoare pentru copil, mobilizează capacităţile sale imaginative şi permite disocierea: îl scoate din realitatea sa dureroasă pentru a-l plasa într-alta nouă, unde posibilităţile prind formă. Astfel, poate apărea povestea al cărei erou este Aladin, poveste

bogată în simboluri: zborul, căderea, peştera, umbra, calul. Interpretându-le, am desprins următorul înţeles: Gabi nu-şi poate sublima sau depăşi conflictele până ce nu se întâlneşte cu tot ceea ce refuză să recunoască sau să admită (cu umbra sa, în termeni jungieni). De aceea, eroul Aladin nu poate zbura şi ajunge în faţa peşterii (simbolul inconştientului şi al procesului de interiorizare psihologică), unde se întâlneşte cu călăreţul ca o umbră. Şi nu este întâmplător că umbra este pe un cal, pentru că acest animal, în mitologia tuturor popoarelor, apare ca fiinţa ce trece cu uşurinţă de la noapte la zi, de la moarte la viaţă, de la pasiv la activ. Calul, în povestea lui Gabi, îl leagă pe Aladin (conştientul) cu Umbra (inconştientul) şi astfel se poate produce transformarea. Aladin moare (cad barierele, rezistenţele) şi moartea este simbolul trecerii spre altceva. De altfel, toate iniţierile trec printr-o fază a morţii înainte de a deschide calea către o nouă viaţă, la un alt nivel.

Gabi mi-a transmis lucruri valoroase despre sine în această întâlnire şi depinde acum de mine cum le voi folosi în demersul terapeutic.

În sesiunea următoare, Gabi mi-a comunicat că se simte mai bine, că nu l-a mai durut capul aşa de des şi nu a mai plâns deloc.

A ţinut să-mi descrie cum a simţit boala şi cum îi apare ea acum.

Gabi: - Boala e ca un monstru, ca un om, cum e omul: dacă e iarnă, se obişnuieşte cu iarna, dacă e vară, cu vara. În loc de monstru este boala, şi în loc de anotimpuri sunt medicamentele. Alaltăieri am simţit ceva nou şi de atunci nu mă mai doare capul. Am simţit o stare ca şi cum boala s-a obişnuit cu medicamentele şi sunetul nu mai apare de atunci.

(*Observ că şi-a integrat experienţa din sesiunea trecută şi a trecut la un nivel superior de înţelegere a stării sale.*)

Terapeutul: - Acum ce simţi?

G: - Simt o stare de bine.

T: - Ce culoare i-ai asocia?

G: - Culoarea roz sau albastru deschis sau închis. (*Culori ce simbolizează o stare de destindere, calm, relaxare.*)

Pentru a mă asigura cât de veridic este în ceea ce afirmă, am introdus tehnica imaginativă a zidului, care-l obligă pe Gabi să se confrunte cu un obstacol şi să găsească o soluţie de depăşire a lui.

T: - Imaginează-ţi că mergi pe un drum şi în faţa ta apare un zid. Ce simţi când vezi zidul?

G: - Mă uit în stânga să văd dacă este ce am căutat (o graniţă). Apoi caut uşa ca să trec, că vreau să trec, şi bag de seamă că-i locul singur, că nu este nimeni. E locul pustiu, deşi sunt copaci şi ar trebui să existe vrăbii. Am găsit uşa şi merg în continuare.

T: - Cum te simţi?

G: - Bine. Şi merg în continuare spre capătul drumului, spre ceea ce caut. Merg acasă.

T: - Pe cine vrei să găseşti acolo?

G: - Pe mama.

T: - De unde veneai tu?

G: - Dacă era graniţa: de altundeva, dar din aceeaşi ţară.

T: - Dacă ar fi acesta drumul vindecării tale, tu unde te-ai afla: în faţa zidului, pe uşa ce te ajută să treci dincolo, pe drum sau acasă?

G: - Acasă, în pat. (*Şi-a regăsit starea de siguranţă afectivă.*)

Apoi, Gabi mi-a spus că durerea de cap va dispărea o dată cu trecerea timpului şi chiar mi-a făcut un desen pentru a-mi explica acest fenomen.

La următoarea sesiune Gabi nu se mai plânge de durere de cap (aceasta revine doar atunci când este obosit). Nu a mai avut crize de plâns, este mai vesel şi merge mai bine

cu şcoala. L-am pus să deseneze un arbore (a ales un brad) şi apoi am iniţiat un joc expresiv cu suport imaginativ, dar cu participarea mişcărilor corporale.

Terapeutul: – Am să te învăţ un joc în care tu o să simţi ce simte un brad. Aşază-te pe vine, ţine-ţi strâns genunchii la piept şi imaginează-ţi că eşti o sămânţă de brad care stă mai întâi sub pământ, apoi creşte uşor, ajutată de razele soarelui. Fii tu sămânţa. Ce simţi tu ca sămânţă? Cum simţi pământul de deasupra?

Gabi: – Bine. Este cald.

T: – Bun. Acum sămânţa începe să crească uşor, iese de sub pământ şi apare un brăduţ tânăr... Tu eşti bradul. Unde te afli acum?

G: – La marginea pădurii, sub un castan mai bătrân şi înalt.

T: – Ce faci tu ca brad acum?

G: – Privesc oamenii care trec pe cărare, animalele sălbatice. Câte o păsărică se aşază pe creangă, dar o alung înţepând-o cu acele.

T: – Să ne imaginăm că acum este primăvară. Cum se simte bradul?

G: – Bine.

T: – Dar vara?

G: – Bine. E cald.

T: – Acum să ne imaginăm că vine iarna cu vânt şi zăpadă, crengile atârnă sub greutatea zăpezii, se rupe o creangă... E vânt puternic, bradul se mişcă în bătaia vântului, i se rup crenguţe. Ce simte el acum?

G: – Îi e frică, îl doare, plânge.

T: – Arată-mi cum se mişcă brăduţul în mişcarea vântului şi cum i se rup crenguţele şi încearcă să simţi ce simte el. Fii tu bradul rănit de vifor.

G: (*Se mişcă cu trunchiul şi mâinile exprimând acest lucru foarte sugestiv.*)

T: – Bun... Acum reapare soarele. Razele lui călduţe îţi vindecă rănile... Ce simţi acum, brăduţule?

G: – Mă simt mai bine.

T: – Într-adevăr, brăduţul a ieşit din iarnă mai puternic, a crescut, este acum mai mare şi mai pregătit pentru viaţă.

Prin acest joc, Gabi s-a implicat activ atât imaginativ, cât şi corporal în metafora vindecării. La sfârşit, el a revenit spontan asupra desenului, înnegrind mai mult trunchiul copacului – semn că i-a crescut siguranţa şi încrederea în propria persoană.

G: – Aşa e mai bine.

În sesiunea următoare Gabi are aceeaşi stare. La sugestia mea, şi-a desenat familia prin simboluri şi a făcut o poveste după desen (desenul 54).

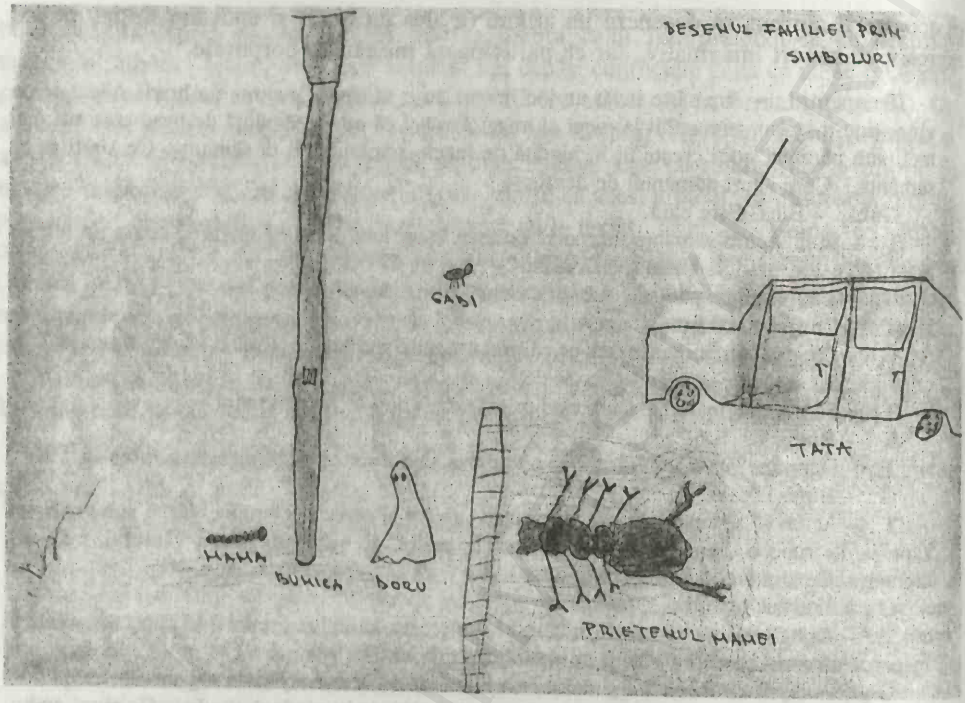
Terapeutul: – Vorbeşte-mi despre ceea ce ai desenat.

Gabi: – Mama este desenată ca o omidă obosită, pentru că tot timpul când vine de la serviciu şi vorbim este obosită. Doru, fratele mamei, apare sub formă de stafie, pentru că nu pot să-l sufăr, tot timpul are ceva de zis, mă cicăleşte. Prietenul mamei este desenat ca un rac că e aşa ciufut, niciodată nu e hotărât, le face pe toate pe dos. Bunica este desenată drept stâlp de felinar, fiindcă este ca ceva care nu te lasă tot timpul în pace, te pândeşte.

Tata e ca o maşină care pleacă şi i-ar trebui mai multe şuruburi la roţi, că nu ştie ce să facă: pleacă, vine, stânga, dreapta... nici nu ştie unde este. Eu m-am desenat ca o urechelniţă pentru că este cel mai puternic animal. Duce de vreo 8-9 ori greutatea ei. Mi-ar plăcea să nu mai lucrez aşa de mult ca o furnică.

Apoi imaginează o poveste plecând de la desen:

G: – Racul, care tocmai a ieşit dintr-o gură de canal, venind din altă ţară, se plimbă seara şi întâlneşte o maşină şi se urcă în ea. Urechelniţa se urcă şi ea în maşină şi zice că are noroc. Maşina era gata să calce omida dar, pentru că felinarul lumina, a pus frână. A apărut şi o stafie care s-o oprească. Urechelniţa zice:



Desenul 54

– Bine că a oprit ca să pot să cobor şi eu şi să caut de mâncare.

Omida se transformă în fluture după ce s-a dus pe felinar. Racul coboară şi se duce în alt canal. Maşina îşi vede de drumul ei. Pleacă şi stafia. Se stinge felinarul că vine ziua... şi gata. Toţi au rămas prieteni.

Comentarii. Gabi a avut astfel ocazia să-şi exprime indirect sentimentele faţă de membrii familiei sale şi modul în care înţelege el situaţia şi relaţiile din cadrul familiei. Îl percepe pe prietenul mamei ca pe un străin care vrea să ia locul tatălui său, dar pentru puţin timp. Crede că tatăl a vrut să-i facă rău mamei, dar nu a reuşit fiindcă este apărată de mama şi fratele ei. După divorţ, mamei îi este mai bine (omida se transformă în fluture) şi tatăl merge pe drumul lui la fel de dezorientat. Dar ce se întâmplă cu copilul? El se simte tensionat, încărcat cu prea multe probleme care nu-l privesc şi care depăşesc puterea de asimilare. Simte că duce o greutate prea mare. Are nevoie să scape, să se detaşeze de toţi, să fie independent şi să-şi găsească satisfacţii în altă parte. Este momentul să fie antrenat în mai multe activităţi extraşcolare care să-i facă plăcere şi mama să fie consiliată să nu-l mai implice în probleme care nu-l privesc.

Ultima şedinţă terapeutică a avut loc după vacanţa de iarnă, timp în care nu l-a mai durut deloc capul. Mi-a spus că trimestrul acesta l-a început bine şi doreşte să meargă la un concurs de judo. A făcut şi un desen în care apărea el împreună cu profesorul de judo şi îmi vorbeşte cu pasiune despre această nouă preocupare a sa. Şi-a petrecut mai mult timp împreună cu mama şi nu se mai foloseşte de durerea de cap pentru a o ţine lângă el.

Am încheiat aici întâlnirile noastre săptămânale, urmând să mai vină la cabinet la intervale mai mari de timp.

Comentarii finale. Demersul terapeutic în cazul lui Gabi a durat cinci luni şi m-am folosit în special de metaforă ca mijloc terapeutic. Consilierea membrilor familiei a fost de asemenea importantă. Simptomele cu care s-a prezentat iniţial la cabinet au dispărut şi chiar dacă îl mai doare din când în când capul, acest lucru nu-i mai sperie nici pe el şi nici pe mama sa. Băiatul a câştigat mult în expresivitatea verbală şi nonverbală, este mai vesel şi are mai multă încredere în el.

În următoarele trei luni am mai avut câteva întâlniri cu Gabi. Ne-am folosit tot de mijloacele expresive (fantazare, desen, modelaj din lut) care au fost de data aceasta nişte pretexte pentru a discuta deschis despre diferite situaţii din viaţa lui. Sesiunile terapeutice trecute îl ajutau să gliseze cu uşurinţă de la mijloacele expresive la amintiri vechi legate de tatăl său (cărora le găsea acum noi înţelesuri), la credinţe actuale, cum ar fi aceea că în jurul nostru există mai mult rău decât bine şi oamenii mari nu-i înţeleg pe copii. Am vorbit despre nemulţumirile lui în relaţia cu bunica şi cu prietenul mamei şi, prin joc de rol, l-am ajutat să „le spună" ce anume îl deranjează la ei şi care sunt nevoile sale. Aceasta a dus la o comunicare mai bună, mai deschisă, cu membrii familiei.

II.10. Cristina – fetiţa care l-a luat pe „Nu vreau" în braţe

Părinţii Cristinei (în vârstă de 7 ani) s-au adresat cabinetului de psihoterapie, fiind îngrijoraţi de modificările survenite în comportamentul fetiţei după decesul surorii ei, în urmă cu 2 ani. Ea nu mai este afectuoasă cu părinţii, uneori pare absentă, detaşată faţă de ei, este labilă emoţional, plânge des şi aparent nemotivat. Uneori, manifestă un comportament negativist şi este foarte dezordonată (nu vrea să se spele şi să se îmbrace cu hainele oferite de părinţi).

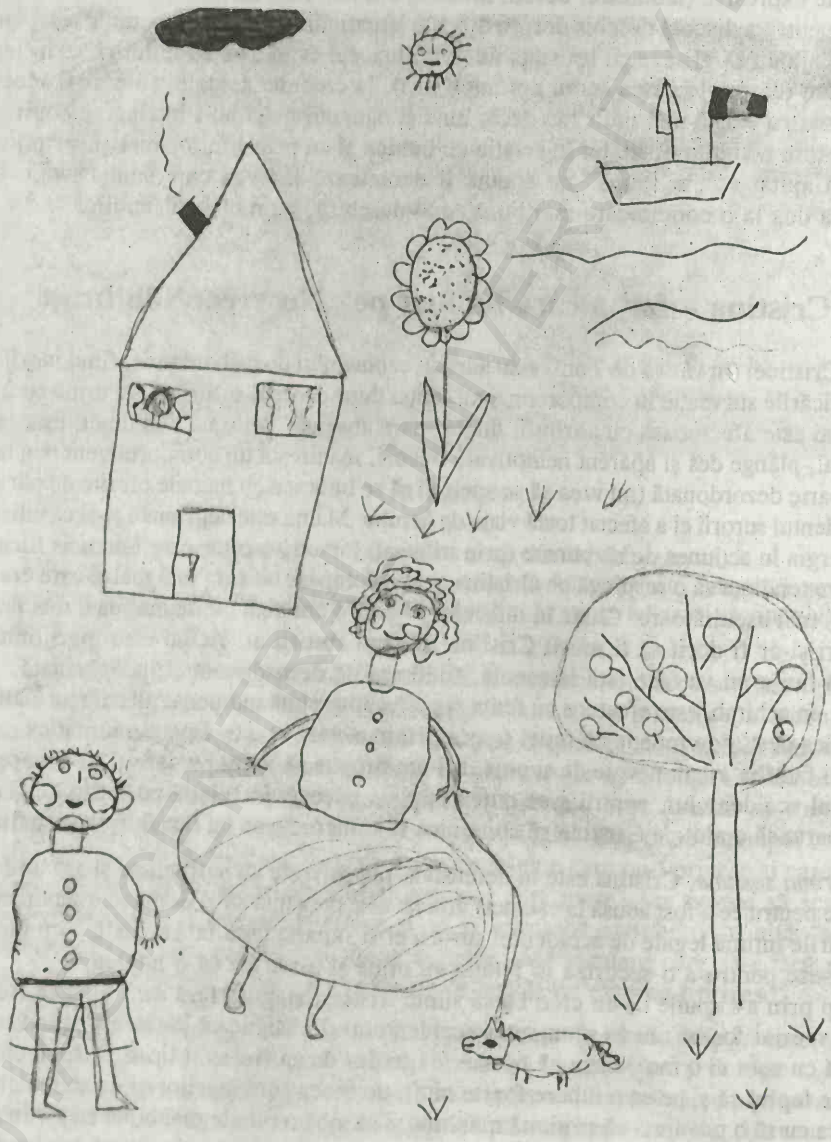
Accidentul surorii ei a afectat toată viaţa de familie. Mama este deprimată şi-şi canalizează toată energia în acţiunea de răzbunare (prin tribunal) împotriva celor care i-au ucis fiica, iar uneori are tendinţa să o respingă pe Cristina şi să o compare cu sora mai mare, care era mai blândă şi mai ascultătoare. Chiar în interviul pe care l-am avut cu mama, ea a recunoscut că uneori şi-ar fi dorit să fi murit Cristina în locul surorii ei. Acum este îngrijorată de faptul că fetiţa nu va face faţă la şcoală, fiind aşa de dezordonată şi încăpăţânată.

Tatăl, în schimb, este afectuos cu fetiţa şi petrec împreună momente plăcute jucându-se. Am înţeles destul de repede că fetiţa trecea printr-o stare reactivă post-traumatică şi atât ea, cât şi familia aveau nevoie de suport. Mi-am propus să-i ajut pe părinţi să depăşească momentul accidentului, pentru a se putea implica adecvat în relaţia cu fetiţa lor, iar pe de altă parte să o ajut pe Cristina să comunice sentimentele ce nu pot fi uşor verbalizate.

La prima sesiune, Cristina este în defensivă, mă priveşte cu suspiciune şi are un facies trist. Ştie pentru ce a fost adusă la cabinet, însă nu este pregătită să-şi destăinuie sentimentele şi gândurile intime legate de accidentul surorii ei şi situaţia familială actuală. Am început să-i vorbesc pentru a o securiza în relaţia cu mine şi a-i arăta că o înţeleg.

Încep prin a-i spune că eu cred că se simte tristă şi singură fără sora ei şi că trebuie să se fi speriat foarte rău în momentul accidentului. O asigur că părinţii ei când o mai compară cu sora ei o fac pentru că le este foarte dor de ea şi-i simt lipsa. Îi spun că sunt sigură de faptul că şi pe ea o iubesc foarte mult, de aceea sunt îngrijoraţi de starea ei şi-şi doresc ca eu să o pot ajuta să se simtă mai bine şi să aibă o relaţie mai bună cu ei. În acest timp, Cristina mă priveşte cu interes, nu răspunde nimic, dar eu ştiu că mă înţelege şi îi fac bine vorbele mele. Întotdeauna copiii au o mare nevoie să le vorbeşti şi să le explici şi au o mare capacitate de a înţelege lucrurile, mult mai mult decât îşi imaginează adulţii.

O antrenez într-o discuţie despre diferenţele dintre oameni. Prin exemple diferite ajungem amândouă la concluzia că nici unul nu-i la fel ca altul şi chiar ar fi plictisitor să fie aşa. Astfel pot să fac acum o analogie cu diferenţa dintre ea şi sora ei, explicându-i faptul că dacă ea are alte calităţi, nu înseamnă că-i este inferioară, ci este doar diferită, dar la fel de valoroasă pentru părinţi. La sfârşitul acestei discuţii, Cristina este mai destinsă şi acceptă să desenăm împreună prin tehnica cooperării (fiecare, pe rând, face câte o linie, cealaltă o completează şi, în final, iese un desen cu sens) (desenul 55).



Desenul 55

Privind desenul, Cristina realizează o poveste: „Ana se duce să-şi plimbe cățelul şi s-a întâlnit cu Pomul. A venit bunicuţa (era casa ei) şi l-a întrebat pe Pom unde sunt nepoţii ei pentru că a venit să-i ia la masă. A doua zi, copiii s-au întâlnit cu o Mare. Au făcut o călătorie cu barca şi apoi au făcut o excursie la munte. A treia zi, s-au întâlnit cu Soarele, care i-a sfătuit să nu facă mult timp plajă". Înţeleg câteva aspecte importante: ataşamentul faţă de bunică şi dorinţa contactului cu părinţii (marea şi muntele), ca şi resursele imaginativ-magice (Pomul vorbitor, însufleţit).

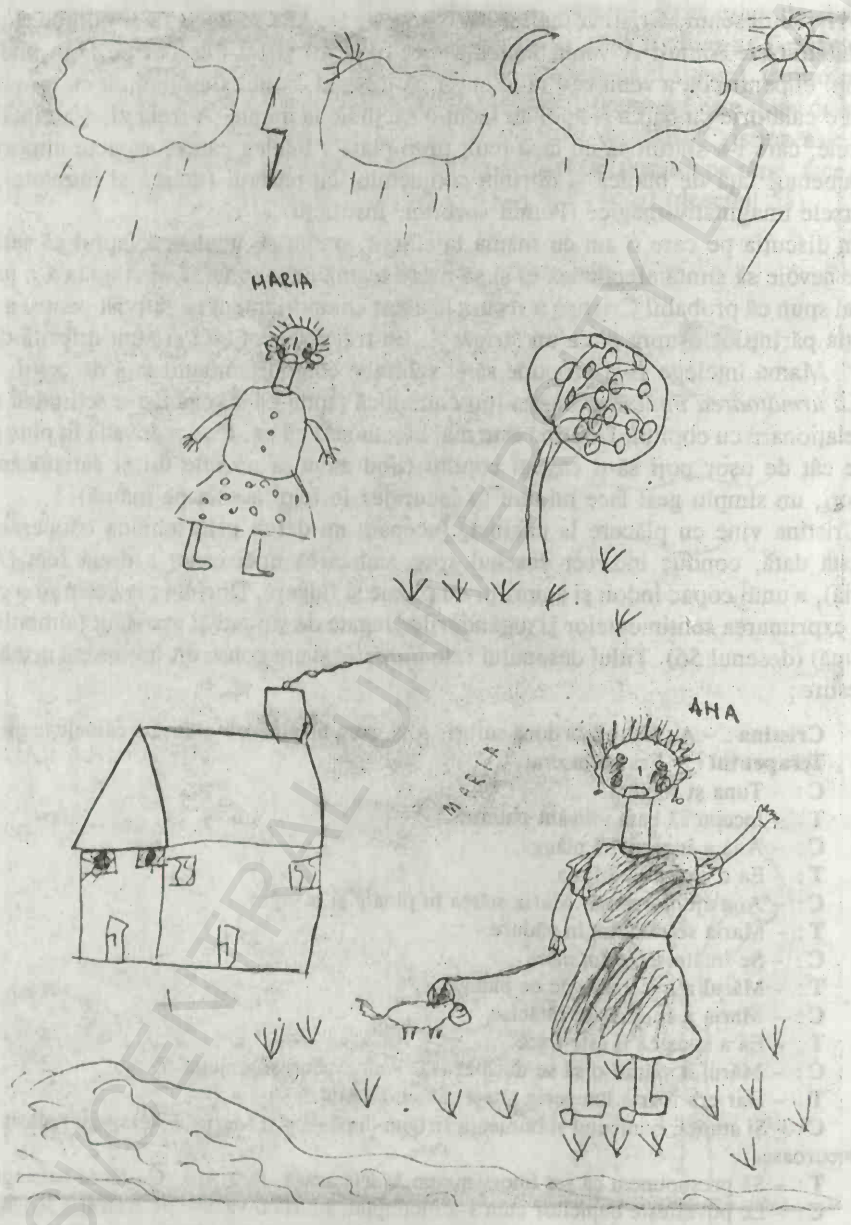
În discuţia pe care o am cu mama la sfârşit, o ajut să înţeleagă faptul că fetiţa are mare nevoie să simtă afecţiunea ei şi să nu se teamă de cuvinte, să-i spună că o iubeşte. Îi mai spun că probabil Cristina a recurs la acest comportament negativist pentru a atrage atenţia părinţilor asupra ei ca un strigăt: „Eu trăiesc, sunt aici şi sunt diferită de sora mea". Mama înţelege şi-şi propune să-şi schimbe comportamentul faţă de copil.

La următoarea întâlnire, mama îmi comunică faptul că de când şi-a schimbat modul de relaţionare cu copilul, Cristina este mai afectuoasă cu ea. Este o dovadă în plus pentru mine cât de uşor poţi să-ţi câştigi copilul fiind atent la nevoile lui şi satisfăcându-le. Uneori, un simplu gest face minuni (o încurajez în felul acesta pe mamă).

Cristina vine cu plăcere la cabinet. Începem un desen prin tehnica cooperării. De această dată, conduc indirect desenul spre realizarea unei case, a două fete (Ana şi Maria), a unui copac îndoit şi a norilor cu ploaie şi fulgere. Dorinţa mea este să o conduc spre exprimarea sentimentelor şi a gândurilor legate de sora ei şi accident (simbolizat de furtună) (desenul 56). Titlul desenului este *Surorile* şi am construit împreună următoarea povestire:

Cristina: – Au fost odată două surori. Ana, sora mai mare s-a dus cu câinele la plimbare.
Terapeutul: – Era pe înserat.
C: – Tuna şi fulgera.
T: – Începu să bată un vânt puternic.
C: – Ana a început să plângă.
T: – Ea o striga pe Maria.
C: – Ana ajunse acasă. Maria stătea în ploaie şi plângea.
T: – Maria se rătăcise în pădure.
C: – Se întâlnise cu un măr.
T: – Mărul a întrebat-o de ce plânge.
C: – Maria a spus că se rătăcise.
T: – Ea a spus că îi este frică.
C: – Mărul a sfătuit-o să se ducă acasă. Ana a venit şi a ajutat-o.
T: – Dar era foarte întuneric şi s-a rătăcit şi Ana.
C: – Şi atunci, bunicuţul şi bunicuţa strigau după Ana şi Maria. Fetele s-au regăsit şi erau bucuroase.
T: – Să presupunem că s-a întors numai Maria acasă, fără Ana. Ce făcea ea singură?
C: – Le povesteşte bunicilor cum s-a întâmplat. Maria o văzuse pe Ana şi a strigat la ea, dar aceasta nu o văzuse fiindcă era foarte departe. Nu mai plângea Maria, ci numai Ana pentru că nu-şi găsise sora. Ajunge şi Ana acasă.
T: – Să presupunem că Ana nu a mai ajuns acasă. Ce se întâmplă cu Maria?
C: – A doua zi, începuse soarele să lumineze şi Ana se bucură că vede pe unde să meargă şi în sfârşit ajunse acasă.

Faptul că spune des „nu vreau", „nu ştiu să povestesc" şi mesajul povestirii – surorile se regăsesc şi sunt fericite împreună, m-au făcut să înţeleg că fetiţa nu dorea să vorbească despre acest subiect direct. Încercasem să-i propun ceva pentru care nu era pregătită.



Desenul 56

De aceea, am renunţat la această pistă pentru a mă orienta spre copacul îndoit (simbol al relaţiei sale cu factorul traumatizant) şi i-am propus să facem un joc dramatic : ea să joace rolul copacului şi eu pe cel al naturii.

T : – Stai aşa cum stă copacul... În acest moment începe să plouă, să tune, să fulgere, bate un vânt puternic. (*Scot sunete sugestive.*) Ce face copăcelul?

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

C: – Se îndoaie.

T: – Arată-mi cum te îndoi, copăcelule. Cum stai?

C: – Se apleacă în stânga, cu braţele şi corpul într-o poziţie ce sugerează o stare de apăsare, deprimare, deznădejde, resemnare. Fiind vorba de partea stângă, asta mă face să mă gândesc la relaţia cu mama.

T: – Ce simţi acolo?

C: – Este greu, mă doare corpul.

T: – Acum vine soarele (*imaginea vindecării*). Ce se întâmplă cu tine, copăcelule? Furtuna se sfârşeşte şi soarele începe să te lumineze şi să te încălzească. Ce faci?

C: – Rămân tot aşa.

T: – Foarte bine. Rămâi aşa.

C (*după câteva minute*): – Dar este prea greu. Mai bine vin la loc. Nu vreau să rămân aşa... Acum este mai bine.

T: – Cum se simte acum copăcelul tău?

C: – E vesel. Se simte bine.

Astfel, prin metaforă şi implicare corporală am parcurs drumul de la traumă la vindecare. Se poate observa cum Cristina trăieşte tensionat relaţia cu mama, exprimată prin jenă în partea stângă a corpului, iar intervenţia tatălui, simbolizat de soare – principiu patern, regenerator –, declanşează schimbarea. Acestea sunt elemente pe care mă voi baza mai departe în consilierea părinţilor. Este momentul ca tatăl să petreacă mai mult timp împreună cu copilul.

Apoi, pentru că am observat cât de des îl pronunţă Cristina pe „nu vreau", m-am folosit de o poveste metaforică pe care am numit-o *Fetiţa care l-a luat pe „nu vreau" în braţe*. În construirea acestei povestiri metaforice am ţinut cont de informaţiile culese din discuţiile cu părinţii, de preferinţele Cristinei, realizând o paralelă indirectă cu situaţiile din viaţa sa reală.

A fost odată o fetiţă care l-a luat pe *Nu vreau* în braţe... Arată-mi cum îl strângea ea în braţe! Aşa, foarte bine! Chiar mai strâns... Într-o dimineaţă, când s-a trezit, mămica ei i-a spus să meargă să se spele. Fetiţa a spus *Nu vreau*. Atunci, mama a chemat-o la masă. Fetiţa ce-a spus? *Nu vreau*! Mama nu a mai avut ce să facă. Tăticul ei, văzând că nici nu s-a spălat şi nici nu s-a îmbrăcat, i-a spus să meargă să se schimbe şi să se pieptene. Dar fetiţa, pentru că îl ţinea pe *Nu vreau* în braţe, nu a făcut ce i-a spus tatăl ei şi i-a răspuns... Cum? *Nu vreau*! *Nu vreau*! Apoi, părinţii au plecat la serviciu. Fetiţa a rămas singură cu *Nu vreau* în braţe. Când a venit mama de la serviciu, a chemat-o pe fetiţă la masă. Dar ea: *Nu vreau*!, pentru că îl ţinea strâns pe *Nu vreau* în braţe. Tăticul ei a venit şi el şi, pentru că era ziua ei de naştere, i-a adus o rochiţă frumoasă în dar. Însă ea nu a vrut să se îmbrace cu acea rochiţă, pentru că îl ţinea pe *Nu vreau* în braţe.

La uşă cine crezi că a sunat? Bunicuţa. Ea i-a adus fetiţei o pungă mare cu dulciuri şi fructe. Ţie ce dulciuri îţi plac?... În pungă erau şi multe astfel de dulciuri. Şi ce fructe preferi?... Da, erau şi din acelea. Era o pungă mare, plină, şi când fetiţa a întins mâna să o ia, ce crezi că s-a întâmplat? Da, într-adevăr, ea l-a scăpat pe *Nu vreau* din braţe şi a uitat de el, aşa că acesta s-a rostogolit pe jos şi s-a pierdut. Fetiţa a mâncat multe dulciuri şi fructe din punga de la bunica. Tăticul, văzând-o bucuroasă, i-a adus din nou rochiţa. Fetiţa, spre mirarea tuturor, a îmbrăcat-o. Mămica i-a chemat pe toţi la masă. Fetiţa a spus: *„Vreau să vin şi eu"*. Mama s-a mirat, pentru că fetiţa răspundea de obicei *Nu vreau*. Numai bunicuţa rădea pe furiş, pentru că ea ştia ce s-a întâmplat cu fetiţa. Şi, de atunci, fetiţa nu a mai răspuns mereu *Nu vreau* la tot ce îi cereau părinţii ei, pentru că ea îl pierduse pe *Nu vreau* şi toţi au fost fericiţi.

Cristina, după ce a ascultat cu atenţie, implicându-se în povestire, mi-a mărturisit că şi ea l-a luat pe *Nu vreau* în braţe cu câţiva ani în urmă şi nu îl poate scăpa, pentru că

îl ţine bine. Am rugat-o să se privească în oglindă când pronunţă pe „nu vreau" şi apoi pe „vreau", să repete de mai multe ori şi să-mi spună când crede că este mai frumoasă. Găseşte că îi place mai mult de ea în cea de-a doua situaţie. Am sfârşit sesiunea într-o atmosferă destinsă şi i-am sugerat Cristinei să se privească în oglindă când îl spune pe „nu vreau" şi să spună altfel dacă nu-i place cum arată (sugerarea schimbării comportamentului prin introducerea ideii de frumos).

Comentarii. Aceasta a fost una dintre cele mai prolifice sesiuni terapeutice, ţinând cont de impactul pe care l-a avut povestirea metaforică asupra Cristinei. Ea a realizat o punte de conectare între sine şi evenimentele din povestire, fără să se simtă în pericol să facă asta, aşa cum s-a întâmplat printr-o abordare directă.

În sesiunea următoare, am pornit discuţia de la povestea fetiţei care l-a luat pe „nu vreau" în braţe şi am făcut asociaţii cu situaţiile din viaţa ei reală. Mi-a precizat că acasă ea spune mai des „nu vreau", dar nu spune şi „vreau", deşi a constatat că atunci când se uită în oglindă este mai drăguţă atunci când spune „vreau".

La rândul ei, mama îmi comunică că a observat o schimbare în comportamentul fetiţei. Este mai maleabilă, mai afectuoasă, mai puţin negativistă.

Am propus să continuăm jocul în care ea este copacul şi eu norul, dar de data aceasta doar prin desen. Am făcut împreună o serie de 6 desene, la care Cristina le-a imaginat povestiri adecvate.

Desenul 57: Copăcelul era obosit pentru că-l încălzise soarele prea tare. Acum adormise şi visa că vine ploaia ca să-l răcorească. Norul acoperise puţin soarele ca să-l apere pe copăcel.

Desenul 58: Norul a adus ploaie şi a venit cu puiul lui, o fetiţă. Copăcelul a avut un pui. Ploaia îi răcorea pe cei doi copăcei.

Desenul 59: A venit un nor mare de tot. Cerul era aproape negru şi soarele aproape nu se mai vedea. Ploua cu piatră şi fulgera. Copacului i s-au rupt nişte crengi. El nu putea face faţă furtunii. S-a culcat la pământ.

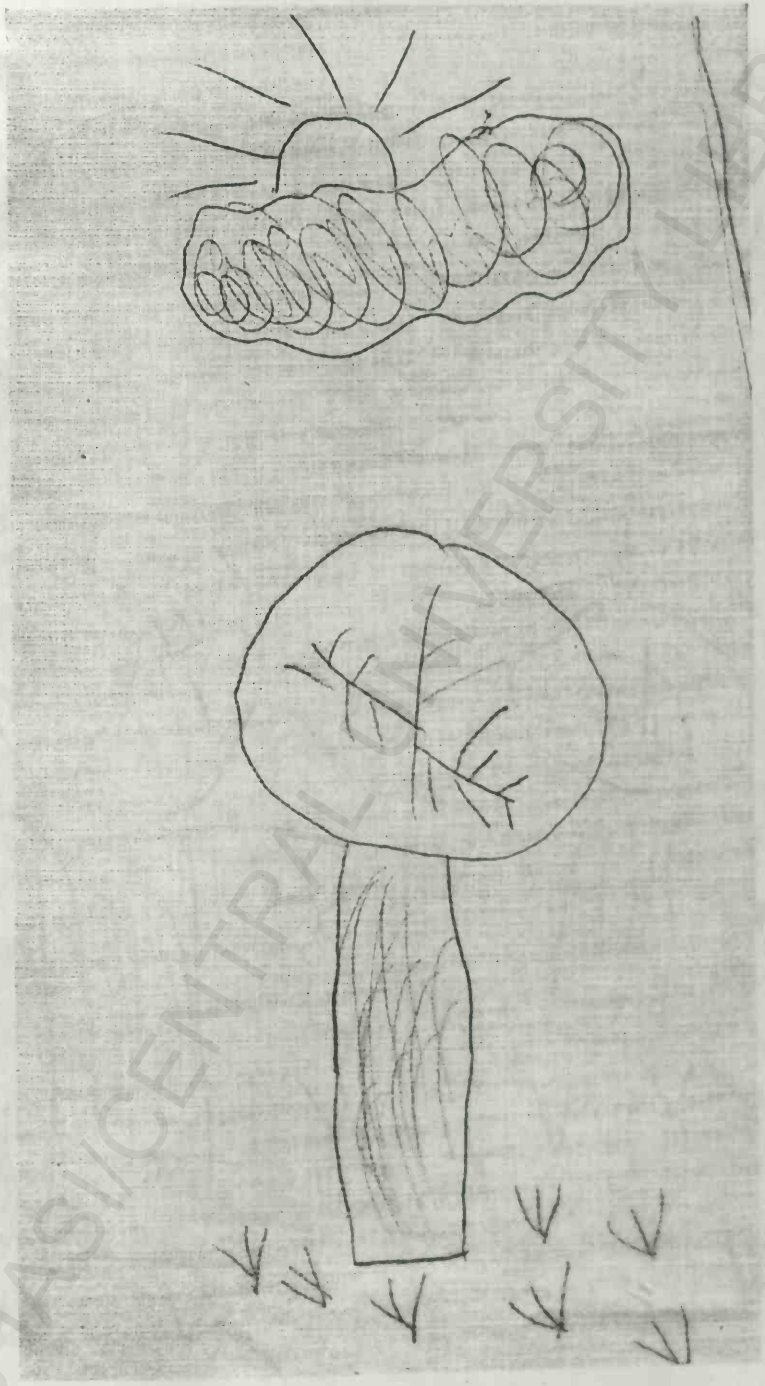
Desenul 60: Ploaia s-a mai potolit. Soarele a apărut din nou. Norul l-a ajutat pe copăcel să se ridice de la pământ. Pe copăcel îl dureau locurile de unde i se rupseseră crengile în furtună. A apărut şi multă iarbă.

Desenul 61: Soarele străluceşte pe cer. Mai picură puţin. Copăcelul se vindecă sub lumina soarelui. Iarba este verde acum.

Desenul 62: Copăcelul a crescut, a devenit puternic. Este verde. Este foarte aproape de nor pentru că vrea să-i mulţumească.

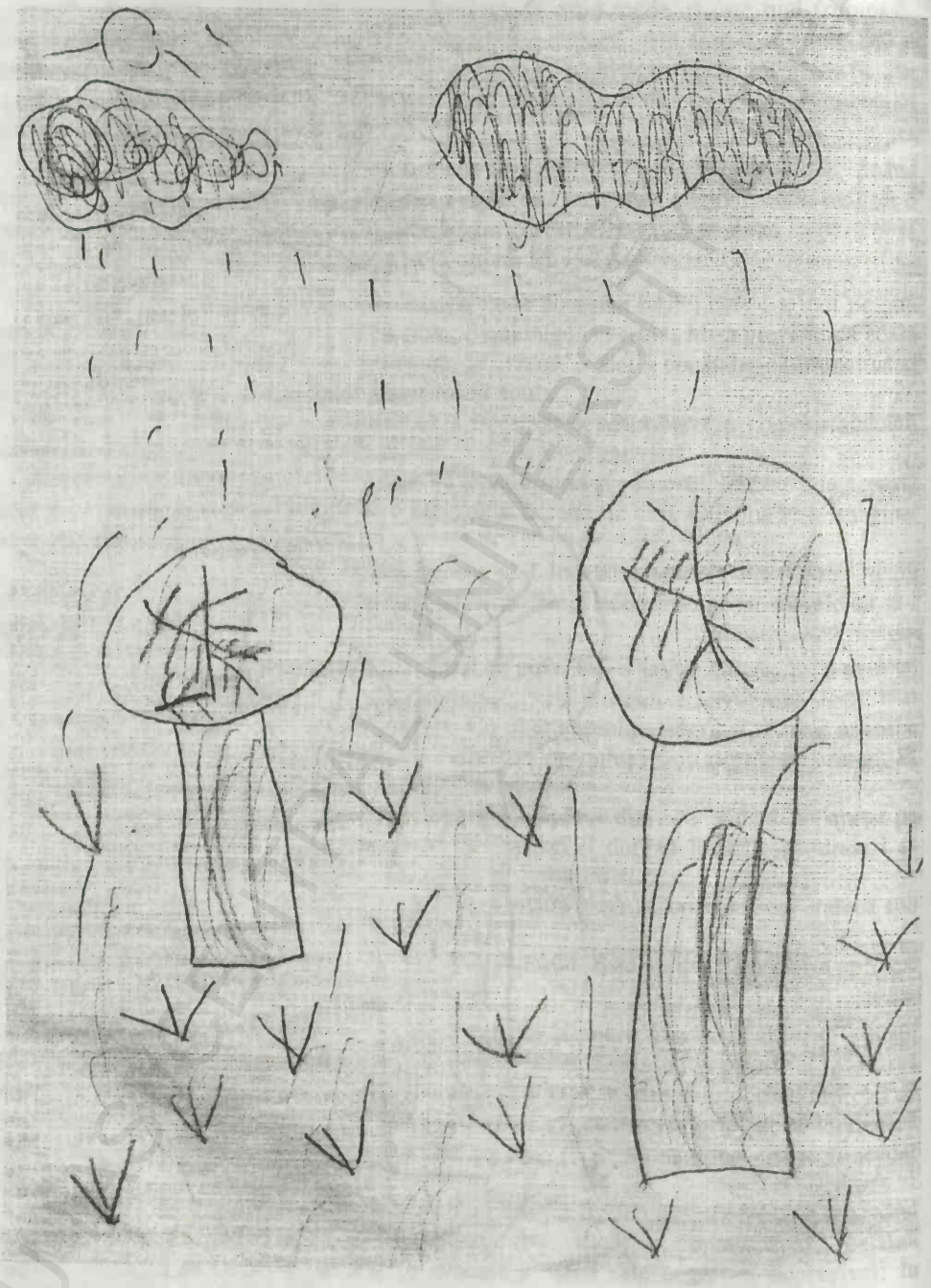
Comentarii. Prin norii care plouă, prin furtună şi soare, am creat diferite situaţii provocative care au obligat-o pe Cristina, care se identificase cu copacul, să găsească soluţii de a rezista factorilor stresanţi. Am căutat să înţeleg care sunt posibilităţile ei de însănătoşire, resursele ei şi, pe de altă parte, să-i sugerez metaforic ideea vindecării rănilor provocate de traumă. În toate aceste situaţii, fetiţa a reacţionat foarte bine, iar mesajele ei au fost foarte sugestive.

Sora ei are o apariţie discretă în desenul 57, pentru a dispărea în al 58-lea desen, când furtuna era foarte puternică. În această situaţie dramatică, un copac dispare, celălalt rămâne, dar este doborât la pământ (o evocare a stării sale negative, depresive). În desenul următor, copacul se ridică (a integrat experienţa din sesiunea trecută, chiar dacă poartă încă urmele rănilor trecutului), a apărut iarba (simbol al vieţii). De data aceasta, ploaia şi soarele hrănesc viaţa (a apărut dorinţa de a trăi).

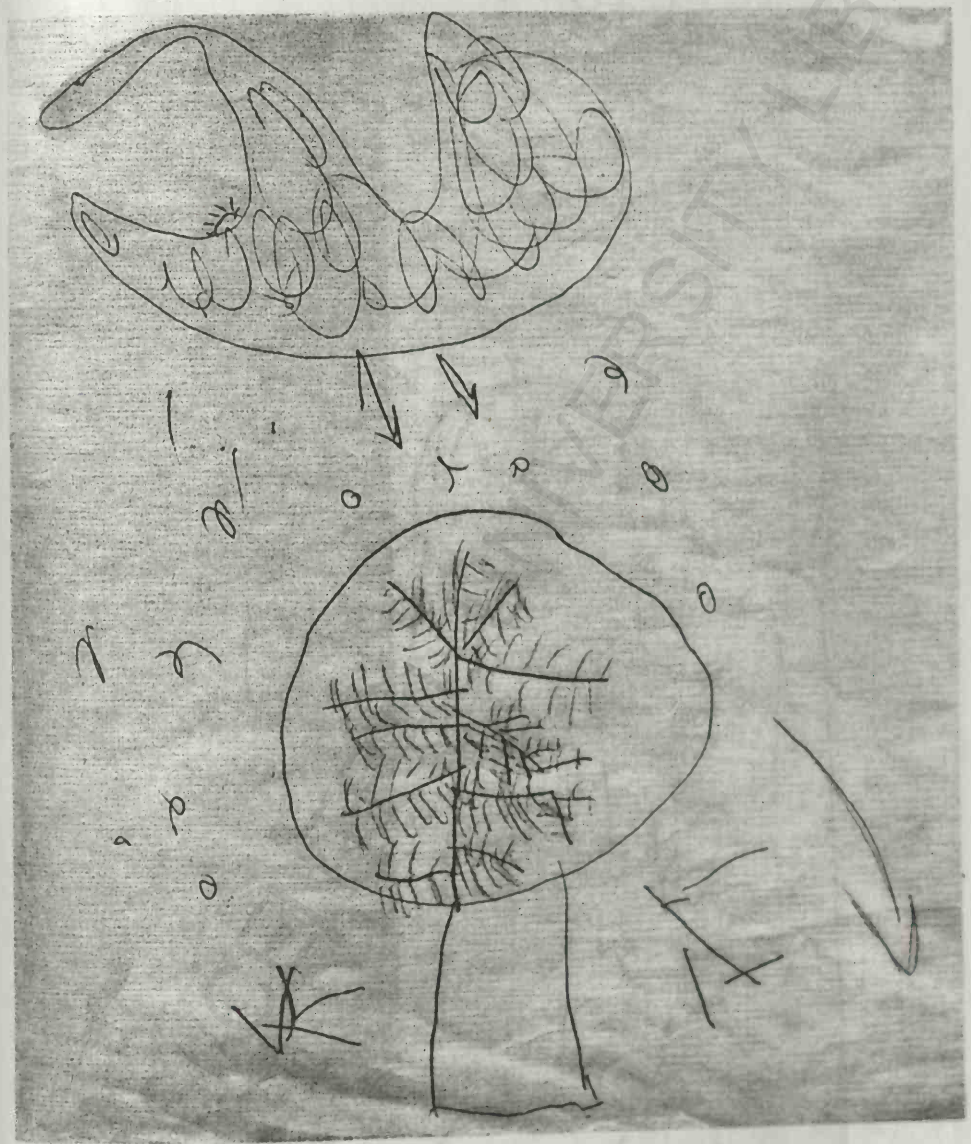


Desenul 57

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

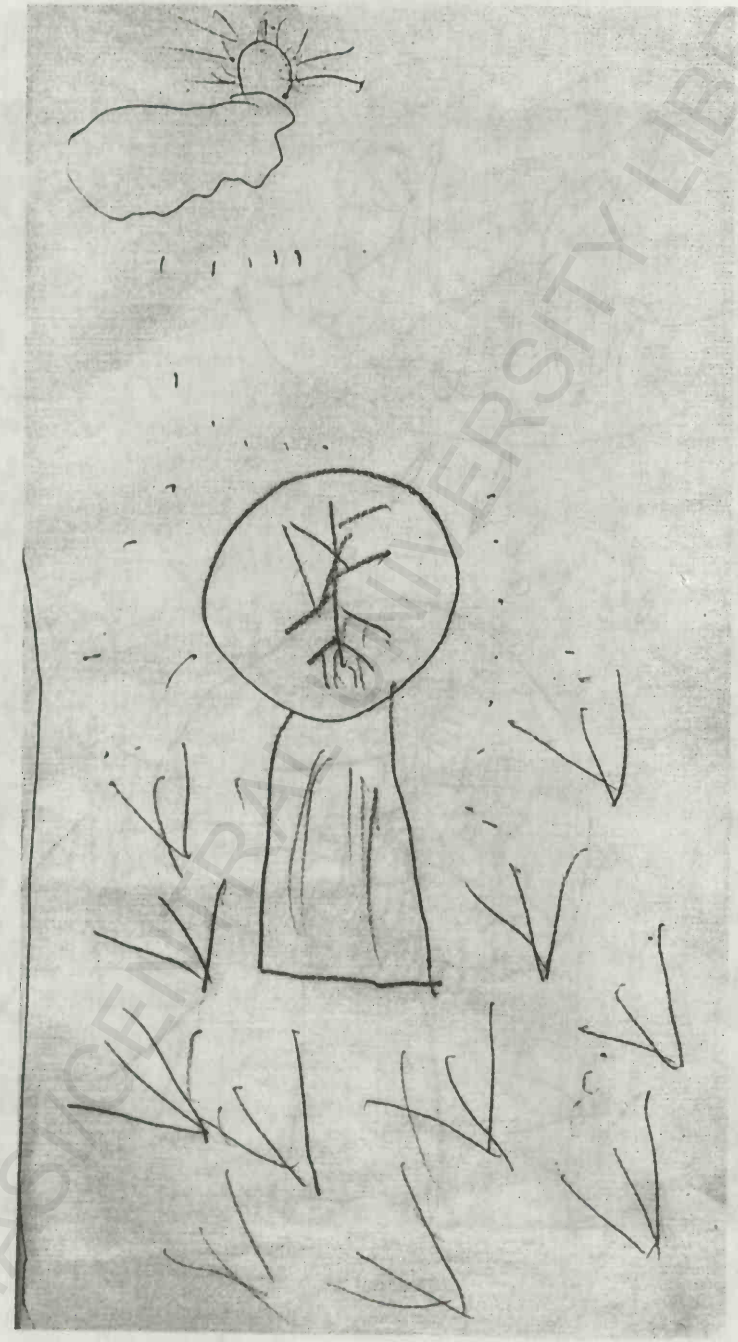


Desenul 58



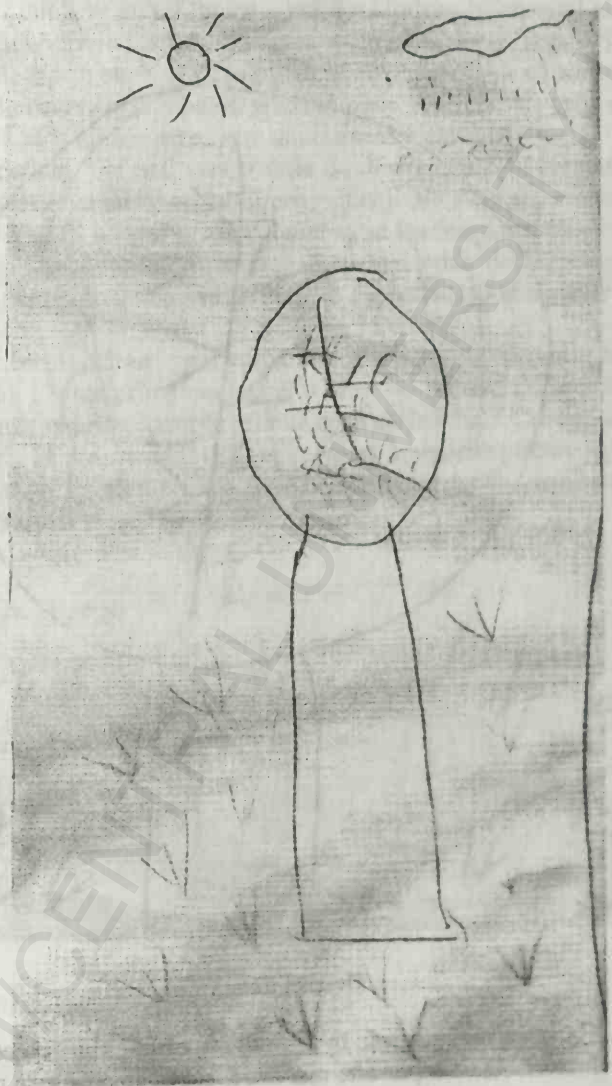
Desenul 59

BCU IAŞI UNIVERSITY LIBRARY



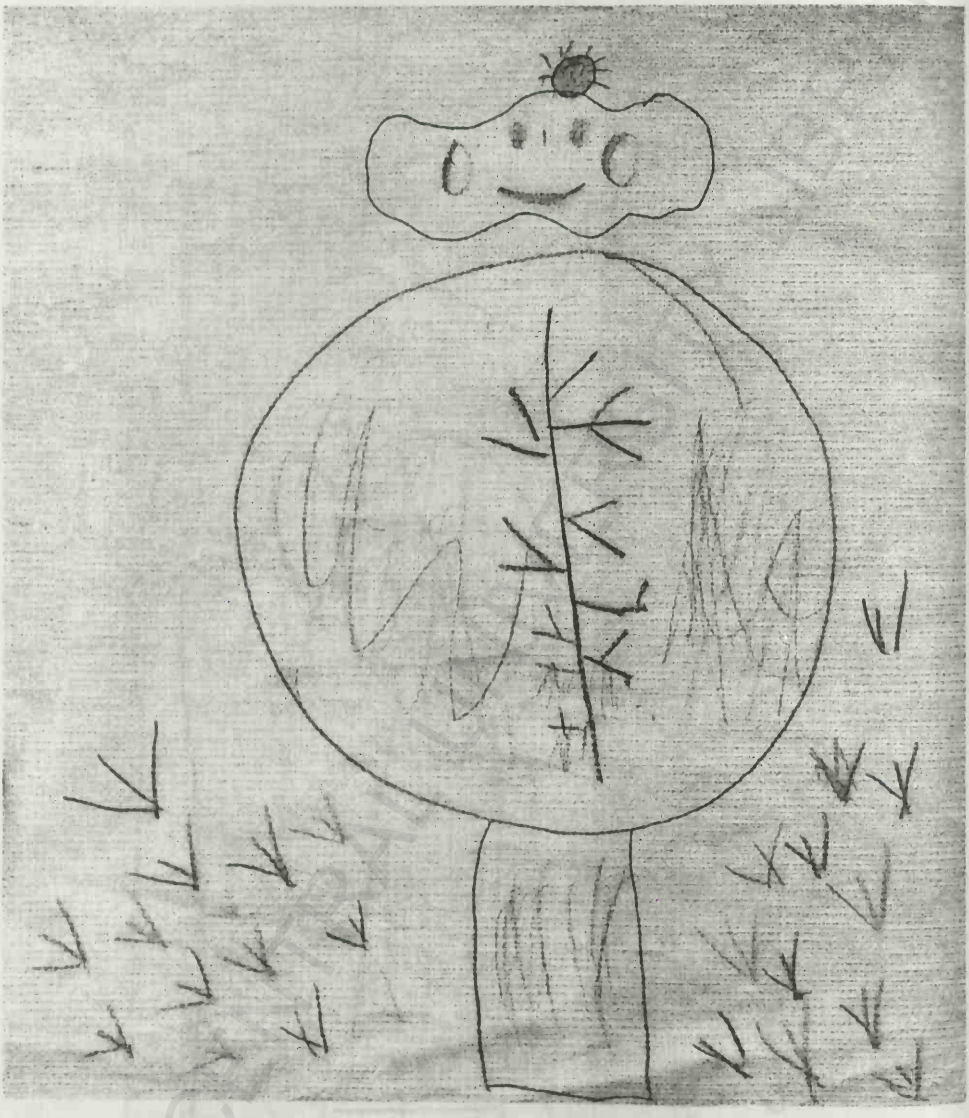
Desenul 60

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Desenul 61

BCU IAŞI CENTRUL UNIVERSITAR LIBRARY



Desenul 62

Bucuria de a trăi apare mai puternic în desenul 60, când iarba este colorată în verde, iar copacul este vindecat. Acest copac este mai mare, starea afectivă este pozitivă.

Ultimul desen este mărturia puterii ei regeneratoare: copacul este mare, vindecat, plin de viaţă şi culoare.

Remarc gestul frumos de mulţumire pe care îl face copacul spre nor (dovada unei relaţii terapeutice bune).

Comentarii finale. Demersul terapeutic a durat doar trei sesiuni, în care Cristina a reuşit indirect, prin desen şi povestiri metaforice, să-şi exprime deprimarea şi apoi să

regăsească resurse pentru vindecare. În această intervenţie, creativitatea a funcţionat ca un limbaj primar pentru realizarea *insight*-ului şi a vindecării. Părinţii, la rândul lor, au înţeles dorinţa fetei de dragoste necondiţionată şi protecţie, modificându-şi atitudinea faţă de Cristina. În acest fel, fata nu a mai avut nevoie să-şi păstreze comportamentul opoziţionist.

Ne-am revăzut după 10 luni. Observ o mare schimbare în aspectul ei exterior. Este mai cochetă, acordă importanţă felului în care se îmbracă. Între timp, Cristina a început şcoala, cu rezultate foarte bune. Nu mai plânge şi are relaţii calde cu părinţii. I-a povestit mamei istoria fetiţei care l-a luat pe *Nu vreau* în braţe şi ori de câte ori a spus *Nu vreau*, mama a avut grijă să o atenţioneze, spre amuzamentul amândurora.

La dorinţa Cristinei, am mai avut o serie de şase întâlniri în care am abordat prin desen şi joc cu păpuşi, modelaj cu lut diferite situaţii din viaţa ei: relaţia cu colegii de clasă, ce înseamnă să fii o bună prietenă, cum să se înţeleagă mai bine cu părinţii. Am urmărit în special descoperirea unor modalităţi mai bune de rezolvare a diferitelor situaţii problematice, stimularea creativităţii, a expresivităţii şi creşterea încrederii în sine.

În una dintre aceste întâlniri mi-a vorbit indirect, prin intermediul jocului de păpuşi, despre sora ei (era pentru prima oară când o făcea de bunăvoie), istorisind întâmplări petrecute împreună (jocurile, darurile primite de la părinţi etc.). Cristina se simţea liberă acum să păstreze şi să povestească în acest fel toate amintirile plăcute legate de sora ei, şi aceste amintiri nu vor muri niciodată. Este un semn că a depăşit momentul traumatizant legat de decesul surorii ei.

Capitolul III

O abordare experienţială a copilului prin terapia unificării. Alina - fetiţa care caută lumina

Marina Badea

Căci cel ce umblă în întuneric nu ştie unde merge.
Cât aveţi Lumina, credeţi în Lumină, ca să fiţi fii ai Luminii.

Ioan, XII, 35-36

III.1. Prezentarea cazului

Alina are 12 ani, este elevă în clasa a V-a, iar motivul pentru care a fost adusă la terapie este eşecul şcolar. Voi prezenta acest caz pornind de la anumite date observabile în cadrul primului contact cu fetiţa.

Alina are o fragilitate corporală evidentă, greutatea şi înălţimea fiind sub medie raportate la categoria sa de vârstă. Observându-i mişcările şi postura sesizez o oarecare rigiditate în zona gâtului şi a cefei, ceea ce exprimă un nivel crescut de anxietate ; umerii aduşi, rigizi, zona cervicală cu tendinţă cifotică reprezintă semne care ar putea fi „citite" ca existenţa unei suprasolicitări pe linia responsabilităţilor asumate sau a sarcinilor distribuite (sau autodistribuite), suprasolicitare care, de cele mai multe ori, este asociată cu sentimente de incapacitate şi cu tendinţe de autodevalorizare.

Alina este însoţită la prima şedinţă de verişoara sa, absolventă a ASE, cu care are o relaţie caldă şi pozitivă. Acest fapt este semnificativ, deoarece ne conduce către explorarea relaţiilor familiale ale copilului; în mod obişnuit copilul este însoţit de un părinte, adesea de mamă ; în cazul în care acesta este adus de alte persoane suspectăm existenţa unei situaţii familiale dificile.

Imediat după intrarea în sala de terapie, observ anumite aspecte importante referitoare la comportamentul Alinei, care s-a aşezat foarte rapid pe un scaun, înainte chiar de a ne prezenta, de a avea un minim contact vizual (dacă nu tactil, prin strângerea mâinilor, aşa cum se obişnuieşte atunci când cunoşti o persoană). Acest comportament poate fi semnificativ din punct de vedere psihologic.

De altfel, orice aspect al comportamentului clientului, de la mişcări corporale la postură şi mers până la manifestări verbale intenţionate sau mai puţin intenţionate, poate constitui un „traductor", un „decodificator" al stării psihice sau poate comunica anumite trăsături de personalitate (mai ales caracteristici temperamentale, elemente ale concepţiei despre lume şi viaţă, indicatori motivaţional-expectativ-aspiraţionali etc.). Desigur toate aceste observaţii îşi vor păstra caracterul lor relativ, înscriindu-se în demersul terapeutic ca ipoteze.

Ce anume ar putea sugera din punct de vedere psihologic căutarea, înainte de toate, a unui scaun? Ce nevoi personale sunt activate atunci când aproape mă năpustesc asupra unui obiect, de această dată un scaun cu spătar, în care mă abandonez?

Se întâmplă uneori să trăim situaţii ce depăşesc capacităţile proprii de adaptare şi spunem „sunt în aer"; evident că, simţindu-ne „în aer", nevoia este de a ne „agăţa", de a ne „ţine" (simbolic) prin reconectarea la concret sau de a căuta ceva ce ne poate susţine sau sus-ţine (inversând cele două silabe descoperim un alt sens: a ţine sus) ne determină să spunem „nu pot să stau în picioare" sau „mi se taie genunchii" sau „mi se înmoaie picioarele", adică „nu mai sunt capabil să mă susţin (să mă ţin sus), am nevoie de sprijin, de ceva, de cineva, de exterior". Desigur, am putea continua, încercând să decodificăm simbolul personal al acestui „sus": ce înseamnă pentru această persoană a fi sus? Ce înseamnă a fi la înălţime? Fizic, psihologic, intelectual, social, spiritual? Altfel spus, a fi cel mai... faţă de cine sau faţă de ce? Care este etalonul sau reperul? În ce constă miza competiţiei? Cine este regizorul acestei scene în care a avea nevoie de valorizare şi de autovalorizare, de gratificare, de centralitate reprezintă esenţa vieţii, apogeul împlinirii personale?

Tendinţa de contact cu un obiect (oricare ar fi el, tocul uşii, colţul unui birou, chiar simpla manevrare gratuită a unui creion, a unui inel) poate fi expresia nevoii de securitate, de sprijin, de ancorare, de „înrădăcinare" simbolică în concret, în prezent, în realitate. Şi atunci, terapeutul este îndreptăţit să-şi pună întrebări legate de contactul clientului cu prezentul şi cu realitatea sau ce anume predomină în trăirea sa subiectivă raportată la axa temporală (deoarece timpul psihic este reversibil); poate anumite experienţe traumatizante din trecut îl menţin, îl cantonează, îi obstrucţionează evoluţia; poate privind în viitor i se pare cenuşiu, ermetic, fără speranţă, fără perspective evolutive.

Corespunzător sensului verbului „a se ţine", respectiv verbului „a se susţine" am putea spune că există obiecte-ancoră (cele cu care este suficient contactul fizic) şi obiecte-sprijin (cele care tind să funcţioneze ca protecţie psihică într-o anumită situaţie).

Alina a ales ca obiect un scaun; acesta ar putea reprezenta simbolic „braţele" mamei, nevoia sa de securitate fiind de natură emoţională. Apoi, urmărind postura Alinei pe scaun, observăm: Alina refuză să-şi agaţe hăinuţa în cuier, preferă să o ţină cu sine; o aşază aşadar în faţă, învelindu-şi corpul (toracele şi abdomenul), creându-şi parcă un scut protector, pe care îl îmbrăţişează strâns, cu amândouă mâinile, îmbrăţişându-se şi pe sine totodată. Braţele sale încolăcite păreau un al doilea scut. Iată un prim element al strategiei personale de a face faţă situaţiilor necunoscute: noutatea unui eveniment se asociază cu un grad de securitate emoţională scăzut care generează anxietate, iar soluţia personală a Alinei este aceea de a-şi construi „scuturi", „bariere", „ziduri", „obstacole". Nivelul de anxietate este cu atât mai mare, cu cât nevoia de protecţie este mai mare, iar nevoia de protecţie depinde, la rândul său, de „grosimea" sau de numărul straturilor sau de „soliditatea" scutului. Alina are un dublu scut: hăinuţa şi braţele sale. Cum poate fi decriptată nevoia sa de protecţie excesivă şi care este

povestea acestor obstacole, care sunt în egală măsură externe şi interne? Pentru că orice „zid" construit între sine şi lume are un corespondent de aceeaşi natură între sine şi sine. Rămân deci de explorat aceste două părţi ale personalităţii şi de desluşit întregul pattern aferent acestora cu toate componentele sale: afectiv, cognitiv, comportamental, acţional.

• **Acuze**

Iată care sunt principalele „probleme" ale Alinei, aşa cum au fost ele prezentate de verişoara ei şi aşa cum am constatat cu ocazia primelor întâlniri:

- eşec şcolar, datorat atât refuzului de a frecventa orele (neparticiparea fiind direct legată de anumite materii sau anumiţi profesori), cât şi dezinteresului de a-şi acorda un timp individual, motivaţia declarată de Alina în ceea ce priveşte acest fapt fiind: „Nu pot să învăţ", de asemenea fără să „poată" explica cum resimte ea, în plan personal, această „neputinţă" de a învăţa;
- anorexie: Alina mănâncă de regulă o dată pe zi, dar sunt şi zile în care nu mănâncă nimic, doar mestecă gumă. Aşadar, Alina este slabă, atât în sens propriu, cât şi în sens figurat (este slabă la învăţătură, dar şi fizic); „slăbiciunea" devine metafora ei personală, în care se regăsesc cele două simptome, exprimate printr-un acelaşi termen;
- autodepreciere: Alina vorbeşte în general despre sine în termeni negativi, construind şi întreţinând în subsidiar o imagine negativă despre sine, pornind de la rejecţia propriei scheme corporale până la asocierea de termeni critici fiecărei caracteristici personale;
- astfel, refuzul, respingerea, critica, negarea conturează o atitudine agresivă de tip pasiv, iar autorespingerea, autocritica exprimă o atitudine autoagresivă, autodistructivă. De altfel, anorexia este un simptom echivalent depresiei, ca simbol al tendinţei autodistructive; şi, pentru că între hrănire şi supravieţuire există o relaţie de dependenţă, atunci refuzul de a se hrăni reprezintă refuzul de a trăi; în „jocul" dintre cele două pulsiuni fundamentale; a vieţii şi a morţii – „opţiunea" inconştientă a Alinei este pentru autoexcludere;
- Alina vorbeşte despre o oboseală permanentă, o scădere a „chefului" pentru orice: pentru şcoală, pentru lectură, pentru prieteni, pentru a se hrăni etc.

Atitudinea autodepreciativă, comportamentul pasiv-agresiv, modificările performanţelor şcolare, scăderea poftei de mâncare, tendinţa de izolare socială, toate acestea sunt simptome ale tabloului clinic al depresiei.

• **Relaţiile familiale**

Alina nu aduce în discuţie relaţia cu părinţii săi. Aflu că locuieşte în prezent cu mama sa, care este hipoacuzică. În urmă cu cinci ani, atunci când fetiţa avea 7 ani, părinţii săi au divorţat, după ani întregi de tensiune, de certuri, de violenţe. Tatăl său este alcoolic şi despre el refuză să vorbească; se simte în dificultate şi răspunde că pur şi simplu nu ştie ce anume să spună despre el, ca şi cum ar fi o persoană necunoscută. Alina are un frate mai mare cu 2 ani, care locuieşte de mulţi ani la bunica sa din partea mamei, într-un alt oraş. Fără să exprime direct şi deschis, constat din relatările referitoare la relaţia cu mama sa că Alina se simte „stigmatizată" din cauza handicapului de auz al mamei; Alina are nevoie să îşi construiască imaginea propriei persoane pe alte coordonate. Dar, în acest moment al dezvoltării sale, incapacitatea de a accepta această dificultate, tendinţa de a se confunda cu această problemă personală a mamei, de a-şi atribui sieşi aprecierile negative constituie obstacole reale în a se accepta pe sine însăşi.

• **Eşecul şcolar**

Fetiţa îşi aminteşte că în primii ani de şcoală a fost premiantă, iar în clasele a III-a şi a IV-a a obţinut rezultate bune, deşi în continuă scădere. Randamentul său şcolar în clasa a V-a a devenit tot mai scăzut ca urmare a sentimentului de incapacitate care s-a amplificat. Astăzi, Alina se consideră şi este considerată şi de ceilalţi „o elevă slabă" sau „un copil slab". Aceste sintagme revin foarte des în discursul său.

Alina a fost premiantă în perioada în care părinţii săi erau în plin proces de divorţ. Performanţele ridicate obţinute în clasele primare poate au avut menirea de a compensa noianul de dificultăţi familiale. Poate „pârghia" sa interioară era nevoia şi dorinţa de a fi acceptată sau de a oferi părinţilor un temei pentru relaţia lor, o bucurie spre care amândoi să se îndrepte, o bucurie în care să se regăsească, în cadrul căreia să se reconecteze; poate copilul de 7 ani îşi imagina că-i va putea sensibiliza pe părinţii săi, oferindu-le prin succesul ei şi prin notele bune un cadru de întâlnire, de fuziune emoţională, de unificare personală şi interpersonală, de creaţie şi împlinire într-un acelaşi scop, într-o aceeaşi trăire. Iar dacă într-adevăr Alina a dorit să salveze relaţia părinţilor săi, din punct de vedere psihologic este important cu ce cost emoţional s-a asociat această tentativă eşuată. Iar dacă echilibrul psihic al unui copil depinde în mare măsură de gratificarea emoţională care provine de la ambii părinţi deopotrivă, am putea spune că Alina încearcă să se poziţioneze între inexistenţa relaţiei cu tatăl său şi negarea relaţiei cu mama. Cât de precar este acest echilibru dintre „vid", „inexistent", pe de o parte, şi rejecţie, critică, pe de altă parte! Încercarea de a-şi construi propriii piloni existenţiali generează angoase, agresivitate, care o paralizează psihic şi „cade" (în limbaj popular depresia este denumită „cădere psihică"); Alina are nevoie deci să descopere moduri variate şi personale de a se „ţine sus", adică de a se susţine.

Rezultatele testelor arată că, din punct de vedere intelectual, fetiţa este normală, deşi are dificultăţi legate de concentrarea atenţiei.

• **Experienţe traumatizante**

În continuare, mă voi orienta spre anumite evenimente cu potenţial traumatic din trecutul Alinei.

De la vârsta de 5 luni, Alina a fost dusă la creşă şi apoi, la 3 ani, la grădiniţă cu program săptămânal, deoarece condiţiile financiare au obligat-o pe mama sa să-şi reia activitatea profesională. Într-o discuţie ulterioară cu mama Alinei am aflat că ea nu a fost o „sarcină" planificată, dorită, deoarece relaţia cu soţul său se deteriorase semnificativ după naşterea fratelui Alinei. Nu am aprofundat acest aspect deoarece, din cauza handicapului de auz al mamei, Alina era în rol de „translator", facilitând conversaţia noastră. Am încercat astfel să o protejez de a afla anumite amănunte neplăcute legate de venirea ei pe lume, deoarece am considerat că nu este pregătită psihologic pentru înţelegerea şi acceptarea lor emoţională.

De la mama sa am aflat că Alina s-a născut normal, fără dificultăţi, iar ca sugar nu a avut probleme deosebite de sănătate. Mama vorbeşte pe un ton laudativ de debutul şcolar al Alinei, despre aprecierile învăţătoarei, dar evită să relateze câte ceva despre Alina ca antepreşcolar şi preşcolar. Aceste perioade ale dezvoltării erau „şterse" din memoria afectivă a mamei sale. În acest punct al discuţiei, Alina a intervenit istorisind diverse evenimente petrecute la grădiniţă, menţionând că despre creşă nu-şi mai aminteşte nimic; în acest context, mama îşi aminteşte vag de faptul că Alina a suferit de enurezis de la vârsta de 4 ani până la aproximativ 5 ani şi jumătate, simptom care s-a rezolvat fără

intervenţii exterioare specifice. Apoi, Alina nu mai conteneşte să relateze despre o anumită educatoare a cărei prezenţă îi producea teamă, care se răstea tot timpul la ea, făcând-o să plângă instantaneu, şi care o jignea foarte des.

Sesizez că atât mama, cât şi fetiţa nu abordează subiecte legate de tatăl Alinei. Mama sa refuză să vorbească despre „aşa ceva" pentru că este Alina de faţă.

• **O relaţie cu un potenţial reparator**

În ceea ce priveşte relaţia fetiţei cu verişoara ei, aceasta este importantă, reparatorie pentru imaginea sa negativă pe linie feminină-maternă, deoarece Alina o admiră mult pe verişoara sa, imaginea de sine având mari şanse de restructurare. Este cunoscut faptul că admiraţia funcţionează la nivel psihologic asemenea unui „împrumut" al unor conţinuturi psihice dezirabile. La rândul său, verişoara este dispusă să o ajute la pregătirea lecţiilor, acesta fiind şi un pretext de a fi în preajma ei pentru a-i oferi sprijin emoţional.

În general, Alina este comunicativă, expresivă şi imaginativă, dar oarecum labilă emoţional. Are o mare uşurinţă în a se exprima prin modalităţi artistice (modelaj, desen, colaj, mişcare) şi de a construi poveşti pornind de la produsele sale. Astfel, contactul cu fetiţa devine transparent, iar pătrunderea în jocul său echivalează cu accesul în lumea sa psihologică care reprezintă fundamentul transformărilor terapeutice.

III.2. Familia lui „NU" (*Prima şedinţă*)

După întâlnirea iniţială cu Alina şi verişoara sa, am invitat-o la cabinet pe mama Alinei, pentru a cunoaşte opiniile acesteia faţă de participarea Alinei la şedinţele de terapie, pentru a culege informaţii despre relaţia dintre fetiţă şi mamă, dintre cei doi părinţi şi dintre Alina şi tatăl său. Concluziile acestor întâlniri au fost deja redate mai sus (vezi „Prezentarea cazului").

Şi dacă primele două întrevederi aveau ca scop psihodiagnosticul, în accepţiunea sa medicală tradiţională (culegerea informaţiilor referitoare la simptom, regruparea acestora şi stabilirea unei corespondenţe nosografice), pentru respectiva şedinţă mi-am propus continuarea demersului diagnostic prin aplicarea testului proiectiv al desenului familiei. Cu această ocazie îmi propun ca evaluarea să se desfăşoare în sens psihodinamic, prin referirea atât la nivelul de dezvoltare şi de maturizare psihologică, cât şi la nivelul interrelaţional dintre diverse conduite simptomatice şi mecanismele compensatorii (resursele sale autotransformative).

În contextul Terapiei Experienţiale a Unificării, testul proiectiv capătă valoarea unei „breşe" terapeutice, deoarece, pornind de la întrebările specifice testului, care sondează date semnificative ale istoriei personale, se ajunge la descoperirea, activarea, conturarea unor dificultăţi personale. Astfel, procesul terapeutic unificator se va derula în cadrul descris de test.

Terapeutul: – Te rog să desenezi aici familia ta.

Alina (*surprinsă*): – Ce să desenez?... Nu ştiu să desenez familia mea... nu cred că pot... e greu...

Imposibilitatea de a-şi desena familia ar putea decodifica un nivel crescut de anxietate, marcant, „paralizant" din punct de vedere psihologic, reacţia de respingere sau de neputinţă fiind o rezultantă a negării unei situaţii de familie traumatizante.

T: – Hmm... Crezi că e greu şi nu poţi... Alina, cine face parte din familia ta?

A (*răspunde prompt*): – Eu.

T: – Bine. Atunci, pentru început, desenează-te pe tine.

Alina desenează cu multă atenţie şi migală o fată, iar apoi mă priveşte întrebător.

T: – Bine. Cine mai face parte din familia ta?

A: – Fratele meu, Dan.

T: – Desenează-l acum pe Dan.

După ce trasează câteva linii, în încercarea de a reda grafic capul lui Dan, Alina se opreşte, întrebându-mă dacă îi permit să renunţe la ceea ce tocmai desenase şi să schimbe foaia.

A (*pe un ton rugător*): – N-am ştiut, nu pot să-l fac... Vreau să mai încerc o dată!

Deoarece la încă două teste proiective pe care i le-am dat în şedinţa anterioară Alina a solicitat repetat „încă o foaie" sau a folosit excesiv guma de şters, mi-am propus să provoc conştientizarea acestei tendinţe, cu scopul de a analiza mecanismul care întreţine acest comportament.

T: – Sigur, poţi să mai încerci o dată, dar înainte de asta am să te rog să priveşti din nou desenul tău şi să-mi spui cum ţi se pare.

A: – Nu-mi place. Nu l-am făcut bine pe Dan.

T: – Cum te simţi privindu-ţi desenul?

A: – Nu sunt mulţumită de el.

T: – Eşti nemulţumită de el...

Tendinţa terapeutului de a reformula în termeni pozitivi anumite idei expuse de client în termeni negativi se poate extinde „prin contagiune" şi regăsi ulterior în discursul clientului; se creează astfel cadrul propice pentru activarea resurselor personale.

T: – Priveşte încă o dată desenul şi dă-ţi dreptul de a fi cu adevărat nemulţumită. Fii nemulţumită de el... Ce-ţi vine să faci?

A: – Să-l tai.

T: – Fă ceea ce-ţi vine să faci în acest moment. Taie-l, dacă asta simţi!

Alina, cu degetele încleştate pe creion, trasează apăsat două linii în „X", rupând foaia de hârtie; apoi, aruncând creionul pe masă, se relaxează pe scaun.

A: – Bine că am scăpat de el!

T: – Ai nevoie să scapi de el?

A: – Da, ar fi bine.

Alina începe să vorbească despre situaţiile pedepsitoare şi devalorizatoare în care fratele său o punea adesea; de exemplu, obligaţia de a curăţa podeaua stând în genunchi, în timp ce fratele său o privea din pragul uşii cu o atitudine de superioritate denigratoare, adresându-i insulte.

Alina conştientizează faptul că nemulţumirea sa faţă de desen era „masca" pentru sentimentele de ostilitate şi rivalitate faţă de fratele său, sentimente a căror exprimare trena, fiind încarcerate de frică.

I-am oferit deci ocazia de a readuce în prim-plan sentimentele negative, autoblocante faţă de fratele său, dar în acelaşi timp faţă de o parte a personalităţii sale (sursă a imaginii negative despre şine), cu scopul de a le face faţă, acţionând în consecinţă (chiar dacă agresiv), dar conştient şi controlat.

Este o iluzie în care mulţi dintre noi ne întâlnim: aceea că agresivitatea este cea mai păcătoasă latură a fiinţei umane şi deci ea trebuie eradicată, extirpată sau, dacă acest lucru nu este posibil (căci mulţi dintre noi, încercând această cale, am eşuat), atunci măcar să o ignorăm, să o minimalizăm, să o îngropăm cât mai adânc în fiinţa noastră,

cu speranţa (deşartă, de altfel) că acceptarea şi „împăcarea" cu noi înşine va fi desăvârşită în acest mod. Gravă eroare psihologică.

De aceea, în demersul terapeutic ne aflăm adesea în faţa imposibilităţii clientului de a-şi recunoaşte sentimentele negative, de a le exprima (iar aceasta comportă grade şi intensităţi diferite) şi, în final, de a şi le asuma. Sunt dificultăţi fireşti, pe care le numim generic „rezistenţe", care abordate „coparticipativ", în ritmul oferit de client, devin adevărate „mine de aur", deoarece ele orientează, conduc şi ghidează atât terapeutul, cât şi clientul în procesul terapeutic.

T: – Acum, după ce mi-ai povestit aceste lucruri, ce simţi faţă de fratele tău?

Alina evită să răspundă direct şi tranşant, pentru că o încearcă sentimente de ură şi de culpabilitate, pe care reuşeşte să le exprime verbal, însă cu voce stinsă, privind în jos. În momentul imediat următor, pe măsură ce culpabilizarea sa devine din ce în ce mai intensă, începe să-şi amintească de părţile pozitive ale lui Dan, pe care îl iubeşte „cu adevărat".

T (*reformulare*): Am nevoie să scap de tine pentru că te urăsc... şi te urăsc pentru toate câte-mi faci; dar în acelaşi timp te iubesc pentru că eşti bun şi generos cu mine.

Alina a rămas pe gânduri pentru câteva secunde, faţă în faţă cu propria contradicţie, deopotrivă logică şi afectivă, incapabilă să-şi răspundă. După o pauză, a rostit aproape mecanic: „da"; acest „da", însoţit de întregul comportament nonverbal, nu exprima nici pe departe o aprobare a frazei de mai sus şi nici o înţelegere mai profundă a situaţiei. Era mai degrabă expresia unui impas interior, surd până atunci, dar al cărui contur, iată, se limpezea. Am repetat acelaşi „da", oferindu-i, ca într-o oglindă sonoră, posibilitatea de a-şi reînnoda sentimentele şi a continua. Alina a început să vorbească despre relaţia cu fratele său; era aproape cu neputinţă să accepte vreo întrerupere din exterior; glasul său prinsese suflu, frazele se legau ca de la sine. Era ca şi când îşi povestea sieşi. Pe măsură ce amintirile curgeau, povestirea Alinei devenea din ce în ce mai vie, dar ceea ce s-a decantat din relatarea ei a fost acel sentiment de „vină" faţă de fratele său, de fapt faţă de sine însăşi, faţă de acea parte a sa care-l ura. În finalul discursului, Alina a acceptat existenţa acestuia.

După toate acestea, Alina şi-a îndreptat atenţia spre foaia de hârtie care stătea pe masă, ruptă.

T: – Bine. Cine mai face parte din familia ta?

A: – Mama... Tata...

T: – Continuă să desenezi.

Alina rămâne un timp cu vârful creionului deasupra foii de hârtie, ca şi când s-ar pregăti să deseneze, roteşte ochii de jur-împrejur, iar apoi renunţă la creion; se întoarce spre mine şi oftează adânc. Apoi rosteşte sacadat şi în şoaptă:

A: – Nu pot să-i fac pe mama şi pe tata.

Ce se întâmplă în acest moment în interiorul său? Probabil că Alina se simte „fără familie". Care ar putea fi sensul psihologic al acestei stări psihologice?

În limbaj popular *placenta* este numită „casa" fătului; chiar din momentul concepţiei, celula-ou, apoi embrionul şi ulterior fătul sunt conţinute, integrate, hrănite, securizate, protejate în această „casă"; prin naştere, nou-născutul experimentează pentru prima dată anxietatea legată de separare şi sentimentul excluderii, legat de expulzarea fizică şi psihologică din spaţiul său. Dar această stare emoţională va fi neutralizată prin transferarea copilului într-un alt mediu conţinător, securizant, ofertant emoţional: *familia*, cei doi părinţi şi relaţia acestora fiind percepută de copil ca a doua „casă", al doilea uter. La o anumită vârstă şi, treptat, după o pregătire psihologică prealabilă, copilul îşi va putea continua „călătoria" prin experimentarea unui alt mediu: *social* (al treilea uter). Aici, el învaţă lecţii ce ţin de contact, negociere, schimb, comunicare; încep să se contureze şi să se nuanţeze sistemele de imagini.

Fiinţa umană experimentează deci la niveluri diferite nevoia de apartenenţă, de securizare şi de afiliere, dar şi corespondentele afective legate de acestea : de la anxietatea de separare, teama de abandon, frustrarea, sentimentul excluderii, revolta, agresivitatea până la starea de extaz simbiotic, fuzional (stare de îndrăgostire), sentimentul valorizării personale, de securitate afectivă, acceptare, toleranţă, armonie, dăruire. A exista „fără familie" (din punct de vedere emoţional), expulzat într-un mediu incapabil să te primească, căruia nu-i poţi aparţine presupune deci trăirea şi retrăirea extinsă şi amplificată a tuturor afectelor negative enunţate mai sus ; este ca şi când ai trece prin viaţă cu sufletul otrăvit de teamă şi revoltă, trist şi dezamăgit, fiind neputincios în a descoperi antidotul.

T : – Hmm... Nu poţi să-i faci pe mama şi pe tata. Poţi să-ţi dai seama ce anume te împiedică, Alina ?

A : – Nu ştiu (*iar apoi continuă pe un ton disperat, ca un strigăt înăbuşit*) Nu pot... Nu pot...

În acest moment, Alina, ajunsă într-un punct critic legat de familia sa, mai exact de relaţia dintre sine şi părinţi, dar şi de relaţia părinţilor ei, trăieşte o conflictualitate interioară marcantă. Această secvenţă este foarte semnificativă din punct de vedere terapeutic, deoarece prefigurează apariţia şi amplificarea angoasei legate de separarea părinţilor şi mai ales sentimentul scindării retrăite de Alina, ca urmare a acestui eveniment. Este un prim *obstacol interior*, imagine a incapacităţii şi a inutilităţii ; acest moment reprezintă pentru Alina şi evoluţia sa personală „startul" în cursa cu obstacole, cel mai dificil de trecut, fiind reprezentat de *contactul* cu propria neputinţă, ostilitate, agresivitate şi angoasă.

T : – Spune-mi, Alina, cu ce obiect din camera asta seamănă „Nu pot"-ul tău, faptul de a nu putea ?

A (*arătând un tablou care reprezenta un arbore contorsionat*) : – Seamănă cu tabloul de acolo.

De multe ori, o dificultate ulterioară poate fi externalizată prin utilizarea anumitor elemente concrete ; tehnica lucrului cu suport obiectual este eficientă mai ales la copii, în funcţie de vârsta acestora. În acest sens, ne putem orienta după stadiile dezvoltării intelectuale propuse de J. Piaget ; la 12 ani, Alina se află la „graniţa" dintre stadiul operaţiilor concrete şi stadiul operaţiilor formale, astfel că o abordare mai concretă este facilitatoare, cu atât mai mult cu cât accesul la conţinuturile psihologice vizate (reprezentări, amintiri, imagini) este împiedicat de tensiuni din sfera afectiv-motivaţională (frică, agresivitate, nemulţumire, insatisfacţie, frustrare). Introducerea obiectului ca mijloc terapeutic permite conştientizarea şi analiza trăirilor în faţa „obstacolelor" prin proiecţiile legate de acestea ; este o metaforă obiectuală, purtătoare de noi semnificaţii, obiectul în sine pierzându-şi calităţile propriu-zise, asupra sa fiind transferate, proiectate, toate trăirile legate de experienţa trecută, traumatizantă (acţiune de semnificare) ; în plus, oricărei acţiuni exterioare asupra obiectului îi corespunde una psihologică, transformativă, deci lucrul cu obiectul face posibilă acţiunea de resemnificare a experienţei, descoperirea altor sensuri ale acesteia, sensuri noi, inedite, pozitive, facilitatoare şi stimulative pentru client.

T (*îi dau tabloul indicat.*) : – Acum ia tabloul şi priveşte-l cât doreşti. Imaginează-ţi că eşti acest tablou, fii chiar „nu pot".

Alina îmbrăţişează tabloul, îl strânge la piept şi închide ochii.

T : – Alina, ce-ţi trece prin minte acum ?

Alina tace, parcă nu ar auzi, pare a se lăsa dusă de o emoţie intensă, copleşitoare.

T : – Spune-mi primele lucruri care-ţi trec prin minte chiar acum !

A (*cu glasul tremurând*): – Mi-e greu... Nu ştiu... Nu pot... Nu mai pot.
T: – Bine. Nu ştiu. Nu pot. Nu mai pot. Ei sunt...
A (*întrerupându-mă, se destinde, introducând o tentă ludică*): – Sunt fraţi. Sunt trei fraţi.
T: – Sunt fraţi deci.

Apoi Alina îşi continuă „scenariul" inventând şi ale personaje: mama – *Nu vreau* şi tatăl – *Nu mai vreau*; îşi construieşte astfel *Povestea Nu-urilor sale*, cadrul psihologic al obstacolelor sale interioare. Alina se detensionează, consecinţa probabil a exprimării acestor „Nu"-uri blocante şi constrângătoare, „atingerea" însăşi a unui punct nevralgic determinând descărcarea tensiunii, a suferinţei (catharsisul emoţional); acesta reprezintă primul pas, fiind obligatorie continuarea demersului analitic şi transformativ. Recanalizarea şi reconvertirea tensiunii reprezintă etape succesive catharsisului, acesta fiind necesar pentru declanşarea procesului terapeutic, dar insuficient pentru continuarea de la sine, susţinerea şi finalizarea sa.

Contactul cu obstacolul interior comportă etape succesive, cărora le corespund acţiuni distincte; în anumite secvenţe terapeutice nu este suficientă o singură punere „faţă în faţă" cu rezistenţa, aceasta va fi abordată în mai multe etape, apelând la tehnici terapeutice diverse, uneori combinate, alteori adaptate spontan, „aici şi acum", la ritmul şi la nevoile clientului.

Alina avea nevoie să-şi dezvolte scenariul şi astfel să aibă contact din ce în ce mai profund şi mai real cu aceste părţi ale personalităţii sale până acum negate, de curând aflate, necunoscute încă, ele însele un concentrat de negaţii. Primul obiect introdus (tabloul) a avut rolul de a o însoţi pe Alina spre subsolurile fiinţei sale şi a-i lumina încă vag o zonă nerecunoscută; următoarea etapă necesită introducerea unuia sau a unor alte obiecte care să-i servească Alinei ca ghid interior. Şi pentru că pe masă erau întâmplător nişte mere, i-am propus Alinei să distribuie câte un rol fiecărui „personaj-măr". Surprinzător (sau poate nu) Alina a descoperit încă un „frate": *Aş putea să fac*. Apariţia acestui nou personaj, expresia resurselor personale creative şi autotransformative de care Alina dispune este o dovadă a faptului că „drumul" sau „nucleul" transformativ interior este conţinut de partea de Umbră (în sens jungian) a personalităţii noastre.

Ceea ce contează în această transformare este forţa catalizatoare intrinsecă a „reacţiilor" psihologice de renaturalizare (metamorfoza a ceea ce este artificial şi descoperirea naturalului şi a naturaleţei), ca sursă autogeneratoare a stării de sănătate somato-psihică, fiind în acelaşi timp condiţie a evoluţiei spirituale.

T: – Iată o familie! Spune-mi ceva despre ea!
A: – Locuieşte într-o casă... Cu trei camere: una pentru tata, una pentru mama şi una pentru copii.
T: – Mama şi tata au camere separate deci. Iar copiii locuiesc toţi într-o singură cameră.
A: – Da, dar fiecare are patul lui.
T: – Bine, ce-ar fi să desenezi casa în care locuieşte această familie?
Şi de această dată, Alina, după ce a desenat un dreptunghi mare, pe care l-a denumit „camera tatălui", mi-a cerut o altă foaie, constatând că ceilalţi „nu mai încap în casă, pentru că tatăl este prea mare şi rău şi nu-i suportă pe ceilalţi, lui îi place să stea fără ei...".
I-am dat încă o foaie în care a reprezentat pe rând camerele, paturile, spaţiul fizic distribuit fiecăruia; după câteva secunde, eliminându-i din cadrul construit anterior pe cei doi fraţi, Nu pot *şi* Nu mai pot, *imaginează un întreg scenariu:*
A: – Cei doi fraţi nu merită să stea în casă.
T: – Ce vrei să spui?
A: – Sunt răi, fac prostii, bat mingea pe afară... nu învaţă, nu sunt cuminţi, nu se joacă şi ei ca nişte copii... Iar aici (*orientându-se spre ceilalţi fraţi*) fiecare stă în camera lui.

T: – Vorbeşte cineva acum?

A: – Tatăl.

A (*în rolul tatălui*): – Mai terminaţi o dată cu gălăgia asta!... Că m-aţi înnebunit! Nu pot să stau deloc liniştit! (*apoi râde, vădit încurcată*)

T: – Cu cine vorbeşte tatăl?

A: – Cu copiii răi de afară, el vrea să doarmă şi ei...

Mimica ei exprimă o grimasă, iar Alina întrerupe brusc discursul; tace îndelung.

T: – Ce se întâmplă în continuare?

A: – Mama vine în camera tatălui. (*apoi, în rolul mamei*): Dragule, ţi-am adus de mâncare! (*În rolul tatălui*): Lasă-mă în pace cu mâncarea ta! Nu mănânc ce-mi aduci tu! Dacă mi-e foame... Ieşi afară! (*apoi spre mine*) Şi mama iese.

T: – Ce simte mama acum?

A: – E supărată. Plânge pentru că a refuzat-o, intră în camera ei şi plânge.

A (*din nou ca mama, pe un ton insistent, rugător*): – Dragule, nu vrei nici măcar o băutură răcoritoare?

A (*ca tatăl, ton mânios*): – Ţi-am spus să mă laşi! Ieşi! Nu vreau nimic! (*din nou spre mine*): Mama pleacă şi rămâne în camera ei... singură... Se aude un zgomot. Tata iese la copii afară, în curte.

A (*ca tata*): – Ce-aţi făcut măi, răilor!? Aţi spart geamul! Cu mingea! Răilor, obraznicilor! V-am spus că sunt obosit şi că nu vreau să mă deranjaţi!

Alina povesteşte apoi că tatăl îi ceartă, adresându-le cuvinte urâte, iar ei „lasă capul în jos, de ruşine".

T: – Ce-a făcut mama în acest timp?

A: – Mama nu se bagă.

T: – Şi cum se simte?

A: – Se simte dată afară, că nu contează pentru tata... Iar apoi se întorc fraţii cei răi. Intră în casă supăraţi şi stau cuminţi în paturile lor.

T: – Stau cuminţi şi se simt...

A: – Vinovaţi. Foarte vinovaţi... parcă ar trebui să plătească... şi atunci stau şi ei cuminţi.

Traversând această secvenţă terapeutică înţelegem că dificultatea principală rezidă în natura trăirilor afective predominant negative:

- reproşuri;
- tendinţe contradictorii, activate concomitent (tatăl vrea să doarmă, copiii fac gălăgie);
- rejecţie, refuz (mama, căreia îi este respinsă oferta emoţională; „Nu mănânc ce-mi dai tu" poate însemna „Refuz iubirea ta");
- însingurare, izolare (mama plânge în camera ei);
- indignare (tatăl îi ceartă pe copii);
- ruşine (copiii lasă capul în jos);
- ameninţări pedepsitoare;
- sentimentul excluderii (mama nu se bagă, nu contează pentru tata);
- culpabilitate, victimizare (ar trebui să plătească).

T: – Dar ceilalţi fraţi, *Aş putea să fac* şi *Nu ştiu*, ce fac acum?

A: – Fiecare stă la locul lui.

T: – Spune-mi câte ceva despre ei.

A: – *Aş putea să fac* este cel mai bun copil, este harnic, silitor, are note bune. Învaţă mereu, nu iese din casă... adică nu niciodată... iese... dar foarte rar. Pe el îl iubeşte cel mai mult mama, pentru că învaţă şi pentru că îi spune supărările lui.

T: - Îi spune supărările deci.

A: - Da, adică e sincer cu mama lui, nu o minte şi ea ştie asta... Că *Nu ştiu* este altfel. Şi el este copil bun, dar nu chiar aşa de bun.

T: - Ce-l face pe el să fie mai puţin bun decât fratele său?

A: - Păi... el nu ştie cum să înveţe. Ar învăţa, dar nu ştie cum... şi el nu e prea harnic...

T: - Hmm... *Nu Ştiu* nu e prea harnic şi nu ştie cum să înveţe. Ce-ar putea el să facă pentru a fi mai harnic şi pentru a afla cum să înveţe?

A: - Nu ştiu, pentru că... Ar putea să stea toată ziua acasă, aşa cum face *Aş putea să fac*, dar degeaba stă... că el tot nu e harnic...

T: - Îi propun lui *Nu ştiu* să-l întrebe pe *Aş putea să fac* dacă-l poate ajuta cu ceva!

A: - Nu poate, pentru că nu vorbeşte cu el.

Această afirmaţie rostită chiar de Alina este elocventă pentru susţinerea ideii că există o conexiune precară între acele părţi care ar reprezenta sediul resurselor sale. Personajul *Nu ştiu* este şi acesta o ipostază a declanşării şi activării resurselor personale şi iată de ce: ideea conţinută de această expresie ar putea fi „recunosc că nu am informaţii despre..., nu am aflat răspunsul la...", iar trăirea subiectivă corespunzătoare acesteia este de curiozitate, incitare, imbold interior, adică de motivare pentru a continua explorarea, pentru a căuta, pentru a afla, pentru a progresa. Astfel, acest *Nu ştiu* adresat sieşi reprezintă o stare pregătitoare, necesară, ce constă în activarea şi orientarea spre răspunsul potenţial.

Acest tip de răspuns („Nu ştiu") este considerat în terapie o expresie evidentă a blocajului în demersul autoexplorator, o rezistenţă, dar în acelaşi timp el sugerează şi existenţa unei efervescenţe interioare, o stare de căutare care ar putea constitui un fel de antecameră a schimbării.

Astfel, în ceea ce-o priveşte pe Alina, am putea lansa ipoteza următoare: „obstacolul său interior" ar fi reprezentat mai degrabă de *absenţa unei relaţii* adecvate între ceea ce numim „stare activatoare", cu rol catalizator, precipitator („Nu ştiu"), şi resursa propriu-zisă („Aş putea să fac"), aflată în stare de stagnare, care, rămânând inertă mai multă vreme, devine un fel de „sâmbure autodevitalizant", „o gaură neagră" a personalităţii. De aceea, intervenţia terapeutică va fi orientată către stimularea interacţiunii dintre aceste două stări aflate într-un contact vag şi instabil.

T: - Hmm... Nu vorbeşte cu el. Ce anume îl împiedică?

A: - Paturile celorlalţi fraţi, *Nu pot* şi *Nu mai pot*.

T: - Deci *Nu pot* şi *Nu mai pot* îl împiedică pe *Nu ştiu* să vorbească cu *Aş putea să fac*.

A: - Nu vorbesc şi stau cu spatele unul la altul. Nici nu se văd, dacă stau cu spatele.

Probabil că pentru Alina „a contacta cu..." însemna în primul rând „a comunica verbal" şi „a fi în contact vizual".

T: - Alina, spune-mi *Nu ştiu* a aflat că în spatele lui, atât de aproape de el, este *Aş putea să fac*?

Utilizând expresia „atât de aproape, chiar în spatele său" am încercat să-i transmit Alinei ideea că un contact se poate realiza şi la alte niveluri, de exemplu, cel corporal (adică spate în spate, în cazul celor doi).

A: - Nu cred că a aflat... Adică... nu a ştiut până acum.

T: - Iar acum, pentru că tocmai a aflat...?

A: - Acum... ar vrea să-l atingă, aşa, cu spatele, ca să vadă dacă e adevărat... Dar cum să treacă de paturile celor doi?

T: - Cum ar putea?

Acesta este momentul terapeutic cel mai important, în care Alina decide să „participe" efectiv la „întâlnirea" celor doi; după ce a constatat care este principala dificultate, va fi mai uşor pentru ea să descopere o soluţie.

A: – Ar putea ca *Aş putea să fac* să întindă cearşaful lui şi pe patul lui *Nu mai pot* (*râde*) şi... la fel, *Nu ştiu* să se întindă pe *Nu pot*... ar avea paturi duble.

Sesizăm tendinţa sa de a utiliza propria dificultate în chiar depăşirea acesteia; este o transformare ce presupune înglobarea lui *Nu pot* urmată de resemnificarea, redefinirea acestei părţi.

T: – Fă astfel încât ceea ce ai descris să se întâmple! De ce anume ai nevoie pentru asta?
A: – De cearşafuri mari şi de saltele mari.
T: – E bine Alina că ai aflat ce-ţi trebuie. Ce poţi face pentru a avea toate astea?

Alina imaginează un întreg atelier în care îşi va confecţiona toate cele necesare, obţinând în final bucuria de a acţiona singură, de a exersa capacitatea de căutare a soluţiilor personale, de verificare şi de aplicare a acestora; şi poate nu este prea mult spus, pentru o fetiţă de 12 ani, dar în această ultimă secvenţă a descoperit satisfacţia de a alege şi de a da curs responsabilităţii de a decide pentru sine.

III.3. Cele două aripi (*Şedinţa a doua*)

În următoarea întâlnire, Alina a preferat să revenim la *Povestea familiei*, creată în şedinţa anterioară, care – din punctul său de vedere – rămăsese „neterminată". Alina mi-a mărturisit că, în săptămâna care se scursese între cele două întâlniri, şi-a amintit în repetate rânduri de „cum ne-am jucat" şi mai ales de personajul *Aş putea să fac*, care – spunea ea – „este prea singur".

Am continuat deci susţinând-o pe Alina în dorinţa ei de a extinde familia iniţială; astfel, au intrat în scenă alte personaje importante, menite să-i „ţină de urât" lui *Aş putea să fac*: sora acestuia – *Aş mai vrea*, vărul acestuia – *Mai vreau* şi verişoara acestuia – *Să pot*.

De observat faptul că numele acestea au toate o tentă pozitivă. Apariţia acestor „personaje" în scenariul personal reprezintă aspecte ale disponibilităţii ei transformative, activată probabil ca o consecinţă a travaliului psihoterapeutic semnificativ din şedinţa precedentă, momentul declanşator al acestuia fiind cel al apariţiei lui *Aş putea să fac*. La rândul său, acesta a reprezentat primul său *contact* cu propria capacitate de restructurare. Introducându-l în scenariu pe *Aş putea să fac*, determinându-l să se implice activ în descoperirea unei variante adecvate de a face faţă unei situaţii conflictuale, Alina şi-a exersat capacitatea de abordare flexibilă şi creativă, „topind" parţial „blocajul" reprezentat de personajele *Nu*. Revenirea la acest personaj, ca şi tendinţa Alinei de a îmbogăţi familia demonstrează că efectul terapeutic nu s-a limitat la timpul fizic corespunzător şedinţei şi nici nu s-a pierdut după părăsirea sălii de terapie.

Un moment important în terapie este acela în care părţi din personalitatea clientului „se întâlnesc", interacţionează, comunică, negociază, uneori fuzionează, redefinindu-şi scopul şi rolul; toate acestea devin posibile prin aplicarea tehnicilor gestalt, NLP, metaforice, drama-terapeutice etc., obţinându-se o recanalizare a tensiunii conflictuale prin resemnificarea experienţei traumatizante.

Intervenţia de tip drama-terapeutic este stimulativă în sine pentru interacţiunea părţilor şi, concomitent, oferă un cadru în care restructurarea se va produce.

Din acest motiv, i-am propus Alinei o situaţie de dramatizare, prezentată ca jocul *De-a vizita*, neprecizându-i cine pe cine vizitează, în ce scop, pentru cât timp etc.; Alina are astfel libertatea de a alege modul de desfăşurare a acestei scene.

Terapeutul: – Îţi propun să ne jucăm *De-a vizita*, să ne imaginăm că unul dintre personaje vine în vizită la altul.

Alina: – Da... să zicem că *Aş putea să fac* merge la *Să pot*.

A urmat un dialog prelungit şi pe alocuri confuz între cele două părţi ale sale; la un moment dat, imediat după ce cei doi s-au hotărât „să stea de vorbă la o cafea", vizita a fost întreruptă de Nu ştiu, *care a sosit inopinat la* Să pot *pentru a-l anunţa pe* Aş putea să fac *că este aşteptat de* Nu pot *şi deci trebuie să plece neîntârziat.*

A (*în rolul lui* Să pot, *către* Aş putea să fac): – Am să mă supăr pe tine şi n-am să te mai primesc la mine! Ai zis că stai să bem amândoi cafea... şi acum ce faci?

A (*în rolul lui* Aş putea să fac): – Ce vrei să fac? Tu nu vezi că mă cheamă?!

A (*în rolul lui* Nu ştiu, *către* Să pot): – Rămân eu să beau cafeaua cu tine. Vrei?

T: – Răspunde-i!

A (*iese din rol, adresându-mi-se*): – Nu, nu vrea. Pleacă împreună şi-l lasă pe *Să pot* singur... ba nu... *Să pot* se supără şi-i dă afară.

T: – Ce anume l-a supărat, de fapt, pe *Să pot*?

A: – Că a rămas singur... el îl vrea pe *Aş putea să fac*... cel mai bun copil dintre toţi.

Apoi Alina oftează, se întinde în pat, pare dezamăgită; îmi spune că a obosit şi îi este somn.

Probabil că ceea ce a consumat-o energetic a fost „eşecul" lui *Să pot* în a-l reţine sau în a-l motiva pe *Aş putea să fac* să rămână. Am presupus că nevoia sa era de a-i apropia pe cei doi într-o acţiune unificatoare, ceea ce i-ar fi oferit probabil un plus energetic. Şi pentru că jocul de rol a devenit extenuant pentru Alina, am ales o altă tehnică prin intermediul căreia să ating concomitent două obiective: a răspunde nevoii exprimate de Alina, oferindu-i posibilitatea de a se destinde, pe de-o parte, şi de a crea un cadru potenţial unificator pentru cele două personaje ale scenariului său, pe de altă parte.

T: – Ce-ar fi să te odihneşti altfel? Eu am să-ţi spun o poveste, iar în timp ce tu mă vei urmări cu atenţie, vei simţi cum corpul tău şi mintea ta se odihnesc.

A (*incitată*): – Daaa!

T: – Începi prin a sta comod pe pat. Întinde-te şi stai cât mai bine, cât mai comod poţi în acest moment. Cu cât te vei aşeza mai bine, cu atât te vei odihni mai bine.

Este cunoscut faptul că gradul de sugestibilitate a copiilor este mai ridicat decât cel al adulţilor; de aceea nu este necesară revenirea repetată asupra unor sugestii de tip inductiv, ceea ce contează fiind alegerea unor cuvinte simple şi propoziţii sau fraze clare, scurte, la obiect; în plus, este important să-i oferim copilului o construcţie verbală logică, cu care el însuşi să pactizeze, de tipul „Cu cât... cu atât"; aceasta l-ar putea „convinge" să coboare cenzura conştientă.

T: – Aşa e bine. (*Alina se aşază comod*) Devii tot mai cuminte, tot mai liniştită, tot mai calmă. Lasă-ţi corpul moale, din ce în ce mai moale... atât de moale cât vrea el să fie în acest moment... Corpul moale, liniştit, cuminte... din ce în ce mai moale, mai cuminte, mai liniştit. E bine.

Formulările de tipul „E bine" îi creează copilului o stare de securitate emoţională şi de aceea ele vor fi folosite cu precădere în faza finală, de revenire.

T: – Observă că vocea mea este caldă, vocea mea este plăcută, la fel ca starea pe care o trăieşti acum. Poţi să închizi ochii.

(*Alina scutură capul în semn de negare*)

Deoarece Alina a refuzat să închidă ochii atunci când am solicitat acest lucru am adaptat instructajul la nevoia ei.

T: – Poţi să închizi ochii acum sau mai târziu. Nu închide ochii, priveşte-mă cât mai fix... din ce în ce mai fix şi lasă-ţi corpul moale şi cuminte. Imaginează-ţi că tu eşti şeful propriului tău corp, iar corpul tău te ascultă întru totul. Vei închide ochii atunci când vei dori. Corpul tău face ceea ce tu-i comanzi. Comandă-i acum corpului tău să devină moale, calm şi cuminte – *pleoapele încep să-i tremure* – corpul moale, cuminte, calm. Nu închide ochii.

Utilizarea negaţiei în expresia „Nu închide ochii" este intenţionată, deoarece decodificarea inconştientă a negaţiilor este contrară; cerându-i clientului să nu închidă ochii, îi soliciţi, de fapt, să o facă; de asemenea, „un truc" terapeutic folosit adesea este acela de a-i sugera copilului că el este cel ce deţine controlul asupra sa şi că nimic nu se poate realiza fără acordul lui.

T: – Cu cât corpul tău devine mai cuminte, cu atât te simţi mai bine... din ce în ce mai bine, trăieşti o stare plăcută de linişte – *Alina închide ochii* – de calm, de pace, de bine. Te simţi bine, te simţi în siguranţă, eşti calmă şi liniştită. Acum, purtată de imaginaţia ta, vei intra într-o poveste... Povestea are o uşă lângă care te aşteaptă un pitic... Piticul este chiar lângă uşă.

Pentru adâncirea stării de relaxare i-am sugerat că va urca o scară cu 10 trepte, scară care ajunge la uşa piticului. O dată ajunsă aici, piticul îi deschide uşa, iar ea pătrunde în poveste, păşind pe un nor moale, cald, uşor, ca de pluş; purtată de nor, va călători spre un loc foarte important pentru ea, un loc în care va găsi ceva minunat, cu totul special. Va poposi în acest loc plăcut şi deosebit, în care va descoperi două aripi: una este *Să pot*, iar cealaltă este *Aş putea să fac*; apropiindu-se încet de ele, le va ridica pe rând, le va lipi de umerii săi, în stânga şi în dreapta, şi va observa că devine o altă persoană: mai puternică, mai capabilă, mai curajoasă, mai descurcăreaţă etc. Am lăsat-o câteva minute în această stare nou descoperită, iar apoi i-am sugerat că acelaşi nor, care a purtat-o în această călătorie, o va aduce, încet, înapoi la pitic, la uşă, pentru a ieşi din poveste. Dar cea care va ieşi este altfel, mai bogată, mai..., iar cu fiecare zi care va trece va pătrunde mai mult sensul acestei poveşti pentru sine şi viaţa sa.

După relaxare, Alina s-a simţit bine şi mărturisind că i-a plăcut, m-a rugat să-i spun câte o poveste de fiecare dată când vine.

Astfel, primele două şedinţe prefigurează un cadru mai larg, cu rol orientativ, în interiorul căruia să se înscrie abordarea blocajelor personale, urmate de accesul la resursele autovindecătoare, contactarea acestora, activarea şi redirecţionarea energiei autotransformative în sens evolutiv şi creativ.

III.4. Cernând trecutul (*Şedinţele trei, patru şi cinci*)

În următoarele trei şedinţe, Alina a vorbit mult despre trecutul său, despre copilărie. De aceea aş considera cele trei săptămâni pe parcursul cărora s-au derulat aceste şedinţe ca fiind cea mai importantă perioadă cathartică din întregul travaliu terapeutic. Astfel, în mod gradat, Alina a realizat progresiv o incursiune în istoria personală, activând

evenimentele dureroase din trecut, oferindu-şi ocazia de a analiza atitudinea actuală faţă de tot ceea ce reprezenta pentru sine „experienţă traumatică".

I-au apărut în memorie imagini legate de suferinţele provocate de certurile dintre părinţi, scene încărcate de agresivitate şi violenţă, premergătoare divorţului părinţilor; în nenumărate rânduri s-a referit la relaţia cu fratele său, a cărui agresivitate o înfricoşa, făcând-o să rămână inertă, incapabilă să reacţioneze. Şi-a amintit de greutatea cu care a suportat ani la rând, la creşă şi mai ales la grădiniţă (cu program săptămânal), sentimentul de abandon, de „aruncare" ca pe un obiect lipsit de trebuinţă; în acest context, i-au revenit în memorie mustrările şi jignirile educatoarelor (deoarece era enuretică), apoi atitudinile rejective ale colegilor de clasă (deoarece mama sa este hipoacuzică) şi, în sfârşit, sentimentele de incapacitate legate de cerinţele şcolare.

Fiecare amintire era relatată cu lux de amănunte, de parcă, povestind-o, o retrăia, pas cu pas, încercând astfel să dea glas unor frământări surde şi să răspundă unor întrebări presante, legate de experienţe prea numeroase şi prea dureroase pentru un copil de 12 ani.

Pe parcursul acestor întâlniri, am utilizat cu precădere abordarea terapeutică de tip rogersian, susţinând-o pe Alina în nevoia ei de clarificare, de înţelegere şi acceptare a unor evenimente din trecut, oferindu-i posibilitatea de a urmări ca într-un „ecran-oglindă" derularea filmului său interior, pentru ca, apoi, să se decentreze şi să experimenteze atât poziţia observatorului (din exterior), cât şi poziţia sa actuală prin evaluarea şi resemnificarea anumitor experienţe trecute.

De nenumărate ori am încercat să o temperez în ceea ce priveşte debitul verbal pentru a o ajuta să se focalizeze asupra unui anumit eveniment; uneori, părea că experienţele trecutului năvălesc cu o forţă de nestăpânit, iar Alina se lăsa purtată de vâltoarea lor.

Manifestările sale emoţionale au cunoscut o labilitate evidentă mai ales atunci când am abordat problema relaţiei cu tatăl său şi cea legată de „relaţia" părinţilor; uneori izbucnea într-un plâns nervos, vulcanic, alteori mânia sau dezgustul îi opreau lacrimile sau rămânea tăcută pentru 1-2 minute, privind în gol.

Întâlnirile noastre şi sala de terapie au devenit un „loc" în care să-şi descarce toate aceste poveri ale trecutului, care deveniseră tot mai apăsătoare; să-şi exprime deci amărăciunea, frustrarea, îngrijorarea, indignarea, ostilitatea, dezgustul, neputinţa, disperarea etc., pentru ca, într-un final, să poată recunoaşte, în primul rând faţă pe sine însăşi, care sunt nevoile sale, cronic nesatisfăcute: aceea de a primi afecţiune, de a se simţi acceptată şi de a aparţine (unui loc, unei persoane, unui grup şi mai ales sieşi).

III.5. Zidul (*Şedinţa a şasea*)

Deoarece această şedinţă a fost deja publicată într-o prezentare mai detaliată în capitolul IX din lucrarea *Orientarea experienţială în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală, transpersonală* (2000), coordonator Iolanda Mitrofan, aici voi rezuma conţinutul ei, oprindu-mă asupra momentului terapeutic pe care îl consider cel mai semnificativ.

Alina a început prin a comunica anumite situaţii dificile legate de rigorile şi solicitările şcolare. Pentru a conştientiza trăirile sale faţă de acestea, am utilizat ca mijloc terapeutic expresiv-creativ *modelajul* cu plastelină. Starea interioară a Alinei, aflată în plină explorare terapeutică, era atât de „apăsătoare", încât avea mari dificultăţi în a o exprima verbal; în postura corporală însă se citea suferinţa şi resemnarea.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Am introdus tehnica metaforică „Zidul" pentru calitatea ei diagnostică şi transformativă în situaţia confruntării cu un obstacol interior externalizat.

În faţa acestuia Alina a descoperit dorinţa de a se confrunta cu zidul (imagine a obstacolului său), dar şi „neputinţa" de a acţiona propriu-zis. În această situaţie metaforică provocativă, Alina a explorat şi a experimentat diferite patternuri de răspuns, dintre care unele s-au dovedit ineficiente. Strategia sa era construită predominant pe baza principiului tatonării, „al încercării şi erorii". Dificultăţile sale au constat, pe de o parte, în faptul că acorda o prea mare importanţă anumitor aspecte neesenţiale (a nu „cântări" corect situaţia), şi, pe de altă parte, în tendinţa de a trena, dovedind lentoare şi rigiditate după un „eşec", adică dificultăţi de mobilizare energetică şi de orientare spre o altă modalitate sau alternativă.

În cea de-a doua parte a şedinţei, Alina a reluat traseul rezolutiv, dar, de această dată, utilizând din nou modelajul, „a dat formă Cuvintelor (Bune şi Rele)" care au devenit eroii acestei confruntări.

Spre final, după două tentative nereuşite, Alina a descoperit soluţia personală care, aşa cum se va constata şi în şedinţele ce vor urma, devine resursa cu cea mai însemnată forţă transformativă: elementul „Foc", simbolizat prin soare, lumină, bec etc.

Alina: – Iau Soarele de pe cer – *ia o bucată de plastelină galbenă* – şi-l topesc cu el.

Alina înconjoară de mai multe ori zidul imaginar cu Soarele imaginar, pe care-l poartă în mână, ca pe o făclie, se opreşte pentru un timp, apoi continuă să traseze cercuri în aer cu Soarele.

A: – Gata! S-a prăbuşit!

Terapeutul: – Priveşte aici – *îi indic locul în care se afla obstacolul imaginar* – şi asigură-te dacă zidul s-a prăbuşit.

Alina aprobă nonverbal, foarte convingător.

T: – Vezi ce-a mai rămas din el!

A: – Cărămizi sparte, resturi... Le topesc şi pe ele cu Soarele!... Gata!

T: – Priveşte acum locul în care a fost zidul. Păşeşte pe unde a fost el!... Cum este acum?

A (*plimbându-se cu atenţie*): – E mult loc... E liber.

T: – Ce-ţi vine să faci acum în acest loc liber?

A (*nerăbdătoare*): – Să sar în sus de bucurie.

T (*ton apreciativ şi încurajator*): – Sari în sus! Bucură-te!

Pentru Alina (fetiţa care caută lumina), „drumul către Lumină", iniţial o metaforă, începe să se contureze ca o realitate personală în devenire.

III.6. Povestea trandafirului (*Şedinţa a şaptea*)

Pentru această şedinţă, mi-am propus abordarea principalelor dificultăţi emoţionale, prin construirea unei situaţii metaforice provocative, în cadrul căreia Alina să continue demersul autoexplorativ.

Trebuie menţionat faptul că, de regulă, în procesul terapeutic, unul şi acelaşi obiectiv se actualizează repetat, în mai multe şedinţe; diferă doar „instrumentul" care mijloceşte transformarea.

Structura acesteí şedinţe va fi deci aproximativ similară cu a celei precedente, deoarece obiectivul este comun; utilizez expresia „aproximativ similară", întrucât, analizându-le comparativ, constat anumite diferenţe în atitudinea Alinei în raportarea la sarcina terapeutică şi în disponibilizarea resurselor participative. Alina a câştigat promptitudine

acţională, curaj şi consecvenţă în alegerea şi aplicarea soluţiilor, claritate şi naturaleţe în exprimarea emoţională şi, în general, în manifestările comportamentale.

Întâmplarea a făcut ca, la această întâlnire, Alina să-mi ofere un buchet de flori; astfel că, după o scurtă discuţie „introductivă", pregătitoare, despre flori, am aplicat *tehnica analogiilor*, punând întrebările firesc, de parcă „ar fi curs" din conversaţia noastră.

> **Terapeutul**: – Alina, dacă tu ai fi o floare, ce floare ai prefera să fii?
> **Alina** (*răspunde prompt, fără să stea pe gânduri*): – Un trandafir.

În ultimii ani, ca urmare a dezvoltării şi extinderii Psihoterapiei Experienţiale în România, se vorbeşte din ce în ce mai mult despre conturarea unei noi metode psihodiagnostice care are la bază metoda diagnostică situaţională. Iată, pe scurt, câteva elemente ale specificului acestei metode:

- diagnosticul experienţial vine în completarea datelor obţinute prin testele şi probele clinice, a căror aplicare se realizează la începutul procesului terapeutic, primele şedinţe fiind „dedicate" predominant scopului diagnostic; spre deosebire de metodele clasice de diagnostic, aceasta este o modalitate diagnostică ce se desfăşoară *permanent*, *continuu*, pe parcursul unei şedinţe, dar şi de-a lungul întregului proces (demers) terapeutic, vizând mai degrabă aspectul psihodinamic;
- în această evoluţie permanentă se pot constata momente deosebit de semnificative din punct de vedere diagnostic, „înregistrate" sub forma unor puseuri sau „vârfuri", atât din punct de vedere *cantitativ* (mare bogăţie informaţională), cât şi *calitativ* (unele secvenţe diagnostice de tip experienţial deschid noi perspective de explorare şi de reconfigurare de tip terapeutic);
- diagnosticul experienţial completează şi continuă deci procesul terapeutic pe întregul său parcurs, creându-se un *„circuit" transformativ diagnostic-terapeutic-diagnostic*, care se autosusţine, în sensul că elemente sau date diagnostice pot fi explorate, dobândind valoare terapeutică, aşa cum procesul transformativ în sine poate fi apreciat şi evaluat, adică poate constitui un reper diagnostic de tip experienţial;
- ca o consecinţă a ideii sus-menţionate, demersul terapeutic este permanent „sub verificare" de tip diagnostic, prin confirmarea sau infirmarea ipotezelor terapeutice. Ţinând cont de fiecare informaţie (mai precis, de semnificaţia acesteia pentru client) obţinută prin această modalitate diagnostică, ne aşteptăm ca procesul de explorare şi de restructurare să fie mai corect ghidat, gradul de corectitudine depinzând de fineţea şi fluenţa cu care se vor coordona acţiunile diagnostico-terapeutice, pe de o parte, cu stările afectiv-motivaţionale ale clientului, pe de altă parte.

În cadrul analizei experienţiale, putem descoperi numeroase elemente cu valoare diagnostică ce ţin de:

- termenii descriptivi pe care îi utilizează clientul;
- elemente despre reprezentarea personală simbolică, urmărindu-se criterii de culoare, dimensiune, formă;
- elemente ale concepţiei despre sine şi ceilalţi;
- relaţia dintre sine şi spaţiul său, vizând capacitatea de integrare socială sau gradul de satisfacere a nevoii de apartenenţă, de contact cu realitatea.

Dacă pe una dintre aceste direcţii se activează anumite probleme, disfuncţionalităţi, dificultăţi adaptative, respectivă direcţie va fi explorată suplimentar, devenind gradat cale şi suport de tip terapeutic.

Să urmărim deci cazul Alinei, încercând să decelăm elementele cu semnificaţie diagnostică şi terapeutică.

T: – Un trandafir... Hmm... Şi ce culoare ai avea?

A: – Hmmm... Verde-fosforescent.

T: – Verde-fosforescent. N-am văzut niciodată un astfel de trandafir. Şi cum mai eşti tu, trandafirule? Spune-mi câte ceva despre tine!

A: – Am petalele strânse, aşa, ca un mugur... şi – *rosteşte cu mândrie în glas* – nu am ţepi. (*Apoi continuă pe un ton laudativ şi melodios.*) Sunt frumooos, buuun, blâââând.

T: – Desenează, te rog, aici trandafirul aşa cum este el: fără ţepi, frumooos, buuun şi blâââând.

În timp ce desenează, Alina fredonează o melodie şi zâmbeşte. Deodată conturează neintenţionat câţiva spini; se opreşte brusc şi, acoperindu-şi gura cu mâna, mă priveşte speriată.

A: – Trebuia fără spini!! Am greşit!

T: – Poate că n-ai greşit. Alina, alege acum ce fel de trandafir vrei să fii, cu spini sau fără spini!

A: – Aş vrea să fiu fără spini, dar cu ăştia ce să fac? Dă-mi o gumă ca să-i şterg!

T: – Am să-ţi dau o gumă imaginară. Şterge-i cu ea!

Simulez, întind mâna ca şi cum aş avea o gumă şi i-o dau, iar Alina o ia; la rândul său, se preface că şterge spinii, dar şi de această dată se opreşte, răzgândindu-se.

A: – Ba am câţiva, doi sau trei... şi îi ţin aici, sub petale.

T: – Deci ai câţiva sub petale.

A: – Da, iar când cineva vrea să-mi facă rău, îl înţep.

În cazul Alinei, „spinii" reprezintă „sâmburi" ai agresivităţii care nu este acceptată. Ipoteza acestei incapacităţi de acceptare constă în existenţa unei disonanţe afectiv-cognitive (Festinger), adică a contradicţiei dintre termenii descriptivi utilizaţi („bun, frumos, blând") şi ceea ce Alina îşi imaginează că presupune prezenţa spinilor (a fi rău, a fi respingător, agresiv, distructiv).

Pentru a-şi accepta şi integra agresivitatea (care este sursă energetică şi resursă transformativă), Alina are nevoie de o altă susţinere logică, pe care să o descopere şi să o revalorizeze ea însăşi: rolul de apărare al spinilor, adică să accepte că agresivitatea reprezintă principalul potenţial protectiv.

Agresivitatea şi sexualitatea reprezintă două nuclee ce conţin şi condensează întregul nostru potenţial energetic transformativ, adaptativ, creativ. Atunci când o persoană îşi neagă una dintre aceste două surse este ca şi când şi-ar refuza capacităţile adaptative, devenind din ce în ce mai vulnerabilă.

În ceea ce priveşte agresivitatea, perturbările pot apărea la două niveluri:

- conştient-inconştient (repartizare energetică inegală între cele două instanţe psihice);
- orientativ-direcţional (dificultăţi de orientare şi recanalizare, de distribuţie şi focalizare energetică).

Ca o consecinţă a perturbărilor la nivel orientativ-direcţional, apar dezechilibre:

- de tip cantitativ (fie deficit, fie exces energetic);
- de tip calitativ (fie stază energetică, blocaj, fie energie manifestată). Referitor la starea manifestă, aceasta poate cunoaşte un sens pozitiv (prin manifestare creativă de tip adaptativ) sau un sens negativ (manifestare distructivă, nonevolutivă, ceea ce numim în mod obişnuit „manifestare agresivă").

Cel puţin din punct de vedere teoretic, pot exista următoarele două situaţii:

- O orientare şi o direcţionare optimă, pozitivă, echilibrată atât din punct de vedere cantitativ, cât şi din punct de vedere calitativ va avea drept consecinţă o distribuţie egală, optimă la nivelul instanţelor psihice, ceea ce se va traduce într-o stare de sănătate somato-psihică.
- O orientare şi o direcţionare dezechilibrată se va concretiza pe dimensiunea cantitativă:
  - pe de o parte, într-un exces energetic la nivel conştient, care presupune, conform principiului polarităţilor, un deficit energetic la nivel inconştient. Continuând analiza pe dimensiunea calitativă, excesul energetic (aflat la nivel conştient) va deveni manifest (în sens pozitiv sau negativ);
  - pe de altă parte, avem de-a face cu un deficit energetic la nivel conştient, dublat de un exces energetic la nivel inconştient, care, din punct de vedere calitativ, va „face" stază energetică. În acest al doilea caz, energia stagnantă la nivel inconştient este comună stării de teamă, frică, anxietate sau fobie, angoasă (în funcţie de intensitate).

Corespunzător celor două situaţii, putem imagina paşii demersului terapeutic pentru fiecare caz:

- astfel, în situaţia terapeutică excesul energetic de la nivel conştient presupune o primă manifestare cu rol de catharsis (descărcarea energiei agresive în exces care a fost blocată la nivel conştient sau inconştient, intenţionat, reţinut sau neintenţionat) şi un al doilea tip de manifestare cu rol transformativ. După atingerea unei stări de echilibru energetic, din punct de vedere cantitativ se poate aborda reorientarea şi direcţionarea energiei în scopul construirii unui pattern adaptativ; resemnificarea pe care clientul o realizează la finalul procesului reprezintă un reper al echilibrului la nivel calitativ (care se atinge pe baza echilibrului obţinut la nivel cantitativ);
- în cazul în care constatăm un deficit energetic la nivel conştient, este necesară „topirea" barierelor conştiente şi actualizarea nevoii personale de a se manifesta „agresiv", dar în sens adaptativ, punctul final constând tot în resemnificarea experienţei.

Acesta din urmă este cazul Alinei, la care acest deficit la nivel conştient, care are ca revers un exces la nivel inconştient, este însoţit şi potenţat de frică, aceasta apărând ca expresie a nevoii de a se proteja. Iată cum se prefigurează relaţia dintre agresivitate şi frică, relaţie asupra căreia voi mai reveni către finalul acestei şedinţe.

T: - Ai descoperit deci că ai spini şi că ei te pot ajuta. Spune-mi, Alina, cum sunt rădăcinile tale?

A: - Sunt adânci în pământ... Jos de tot... şi sunt aşa... - *gesticulând cu mâinile, indică o structură ramificată* - împrăştiate, multe... nu ştiu cum să zic...

T: - Ramificate... Unde locuieşti tu, trandafirule?

A: - Într-o câmpie cu flori.

T: - O câmpie cu flori. Ce frumos!! Povesteşte-mi despre ea!

A (*entuziastă*): - În jurul meu sunt numai flori... până departe... sunt de toate... zambile, lăcrămioare, ghiocei, garoafe... şi ele sunt prietenele mele.

T: - Bine. Trandafirule, cum eşti tu faţă de celelalte flori?

A (*laudativ*): - Sunt mai frumos, sunt înalt... Am un metru şi jumătate, iar ele au doar o jumătate de metru.

T: – Cum te simţi tu fiind mai înalt decât ele?

A: – Îmi place să fiu mai sus, dar... ştii, eu nu am fost aşa mereu... dar şi atunci când eram mai mic ele erau tot prietenele mele, pentru că fraţii mei... – *cu voce din ce în ce mai stinsă* – sunt foarte departe de mine, abia îi văd. Eu nu stau cu ei...

T: – Fraţii tăi, trandafirii?

A: – Da, ei sunt departe şi din când în când trimit câte o floare la ei... aşa... cum să zic... cu cuvânt de la mine.

T: – Cu mesaje.

A: – Da, cu mesaje.

T: – Înţeleg că tu vorbeşti cu fraţii tăi, dar prin alte flori, din cauza depărtării dintre voi.

A: – Da.

T: – Hmm... Bine... Spune-mi, tu ai fost departe de fraţii tăi şi atunci când erai mică, ai fost întotdeauna aşa?

A: – Nu, când eram mică eram mereu împreună, dar eu creşteam cu un an, iar el – *foloseşte pronumele personal la singular, deşi până în acest moment s-a referit la „fraţii ei, trandafirii"* – se îndepărta cu un kilometru.

Afirmaţia Alinei, cu referire probabil la tatăl său, reprezintă o metaforă a distanţei emoţionale, o expresie a unei logici încă greu de înţeles sau de acceptat.

În literatura de specialitate s-a scris mult despre „logica sentimentelor", acest mod mai special de raportare la lume prin care devenim mai conectaţi, mai sensibili, mai „vibratili"; această logică reală şi naturală are menirea de a ne înscrie (uneori a ne re-înscrie) în „cursul de curgere" a realităţii noastre, a naturaleţei noastre.

Dacă, adulţi fiind, constatăm la un moment dat, printr-o întâmplare a acestei vieţi, că sufletul nostru a uitat această „lecţie" a „înţelegerii" emoţionale, avem neapărat nevoie de nişte „ore de studiu", mai ales dacă suntem, dorim să fim, pretindem că suntem terapeuţi.

Fie că uităm să dăruim, fie că ne simţim secătuiţi, se întâmplă să trecem prin viaţă cu sufletul inert, aplatizat, rutinându-ne emoţional. Şi comitem atunci cel mai mare păcat faţă de noi înşine: acela de a ne abandona şi a rămâne nemulţumiţi, frustraţi, vidaţi, când pare atât de simplu să ne orientăm spre prezent şi spre natural. De altfel, experienţialismul este înainte de toate un stil de viaţă, un anumit mod de a trăi, de a vibra, de a imagina; iar pentru a învăţa Psihoterapia Experienţială a Unificării vă propun ca ghid jocul unui copil sau mai bine un element natural, căci, oricare ar fi, găseşti în el cea mai dreaptă călăuză şi cel mai înţelept profesor. Am constatat că sunt deficitar la lecţia dăruirii? Dar frunza care se dăruieşte vântului, lăsându-se purtată pe meandre necunoscute? Dar ploaia care se dăruieşte pământului, setei lui, sorbirii lui? Dar sămânţa care se dăruieşte nefiinţei şi vieţii deopotrivă? Dar soarele, a cărui dăruire nu cunoaşte limite, „criterii", „analize comparative" şi „discriminative"? Puterea unificatoare este în noi, în fiecare dintre noi, rămâne doar să descoperim în interiorul nostru corespondentul personal al fiecăreia dintre aceste imagini: frunza şi vântul, ploaia şi pământul, sămânţa şi viaţa, soarele şi dăruirea.

Alina a ales drumul spre „lumină", spre clarificare şi înţelegere, spre dăruire, căci lumina, metaforic vorbind, cuprinde în sine şi iubirea, şi înţelepciunea, într-o îngemănare indisolubilă, fluidă şi fluidizatoare.

T: – Cum te-ai simţit atunci când el se îndepărta?

A: – Rău... Parcă mă părăsea, mă lăsa acolo... că nu mai avea nevoie de mine...

T: – Te simţeai părăsită deci... ca şi când n-ar mai fi avut nevoie de tine.

A (*pe un ton nonşalant, de falsă toleranţă*): – Da, dar acum nu-i nimic, pentru că în loc de el am prietene.

T: – Înţeleg că în locul lui ai găsit pe altcineva. Alina, îţi propun să te ridici puţin! Doresc să-ţi imaginezi că această cameră este câmpia cu flori. Tu eşti trandafirul care locuieşte în câmpie, aşa cum ai spus mai devreme. Aşază-te acolo unde este locul tău, trandafirule!

Alina se aşază în centrul camerei. Pentru a-i crea condiţiile de a intra în rolul trandafirului i-am adresat câteva întrebări fără valoare diagnostică sau terapeutică în sine, dar importante pentru a-şi construi un cadru spaţio-temporal de referinţă.

T: – Foarte bine. Ce anotimp este afară?

A: – E vară.

T: – Cum e vremea?

A: – E soare şi frumos. Cald.

T: – Cât este ceasul acum?

A: – Este ora două după-amiaza.

T: – Bine. Uită-te în jurul tău, la prietenele tale, iar apoi priveşte în depărtare, acolo unde sunt fraţii tăi.

Alina priveşte cu mare atenţie de jur-împrejurul său, apoi pune palma la frunte, ca un fel de apărătoare sau cozoroc, mijindu-şi ochii pentru „a vedea" mai bine în depărtare.

Îi voi propune un cadru de renegociere emoţională. Nu este vorba, aşa cum s-ar putea crede, despre o întâlnire efectivă între Alina şi fratele său, nici despre o interacţiune pregătitoare pentru clarificarea şi detensionarea relaţiei dintre sine şi Dan, fratele său. Negocierea, fiind de tip emoţional, se va realiza între cele două faţete sau părţi ale personalităţii sale, fiind deci o negociere cu ea însăşi.

T: – Bine. Şi pentru că mai devreme spuneai că vorbeşti cu fraţii tăi, cu ajutorul altei flori, am să te rog să-ţi alegi o floare care să ducă mesajul tău.

A: – Lăcrămioara de acolo.

În locul indicat de Alina am aşezat o păpuşă, ca suport pentru jocul de rol.

T: – Iat-o! Trimite-o la fraţii tăi cu un mesaj!

A: – Du-te şi vezi ce face fratele meu!

A (*în rolul lăcrămioarei*): – Dar îmi dai ceva?... O banană, dacă ai?!

A (*răspunde lăcrămioarei*): – Bine, îţi dau... Acum, hai, du-te!

T: – Acum tu eşti lăcrămioara. Ai auzit că trandafirul de acolo te-a trimis la fratele lui cu mesaj!?

A (*ca lăcrămioara*): – Da, acum pornesc... Ce lung e drumul!!... (*mi se adresează*) El stă tocmai la marginea câmpiei!... (*merge cu paşi mărunţi spre uşă*)... Am ajuns!... Ce mai faci, măi frate al trandafirului?

Alina devine amuzată; i-am oferit un alt obiect-suport (un ursuleţ) pentru „fratele Alinei". Spontan, fără a-i cere direct, a trecut în locul „fratelui" şi a intrat în rolul acestuia, schimbându-şi vocea şi amplificând mişcările corpului.

A (*în rolul fratelui*): – Ce-ţi pasă ţie? Şi ce-i pasă lăcrămioarei?... Hai, pleacă!!... Vezi că eu am nişte ţepi foarte mari... numai să te apropii!!

A (*adresându-mi-se*): – Aici e teritoriul lui şi nu lasă pe nimeni.

A (*lăcrămioara*): – Dar ce ţi-am făcut?

A (*fratele*): – Ţi-am spus să pleci!! N-am nevoie de voi!! (*Apoi îmi explică*): Este rău şi egoist.

A (*lăcrămioara*): – Plec, plec... urâciosule! (*către mine*) Şi pleacă lăcrămioara.

T: – Bine... Acum eşti trandafirul.

A (*revine în locul trandafirului şi se adresează lăcrămioarei*): – Ce-a zis fratele meu?

A (*lăcrămioara*): – Că nu trebuie să te intereseze ce face el.

A (*trandafirul*): – I-ai spus să vină la mine?

A (*lăcrămioara pe un ton rugător*): – Nuuu... am uitat!!

T: – Lăcrămioara trebuia să-l invite pe fratele tău la tine?
A (*cu o umbră de nesiguranţă în glas*): – Da...
T: – I-ai spus lăcrămioarei ce aştepţi tu de la ea, ce ai fi dorit tu să facă?
A: – Nu... credeam că ştie ea... aşa...

Se întâmplă adesea ca expectaţiile noastre să se prelungească în spaţiul psihologic al celorlalţi. Necomunicarea aşteptărilor şi sentimentelor (mai ales a celor negative) este una dintre cele mai mari bariere într-o relaţie. Probabil că acest pattern de comunicare verbală se învaţă, se însuşeşte, începând de foarte timpuriu, în cadrul „primelor lecţii de relaţie" – cu mama, cu tatăl, cu alte persoane semnificative, de transfer.

Oferta sa emoţională ar putea fi respinsă întrucât poate fi interpretată de fratele său (acea parte a personalităţii sale care intră în relaţie cu acesta) ca o tentativă intruzivă faţă de care – aşa cum este de aşteptat – va adopta un comportament autoprotector, în acest caz, de tip agresiv, rejectiv. De aceea este important ca Alina să reconstruiască acest pattern disfuncţional; pentru început ea află că realizarea, împlinirea unei expectaţii depinde în mare măsură de faptul de a fi comunicată; apoi, va înţelege că gradul de autenticitate a unei relaţii depinde de implicarea sa în aceasta.

În această ordine de idei, ea poate constata că este riscant să trimiţi mesaje prin intermediari, iar dacă nu este conştientă de acest risc (deci nu şi-l poate asuma), imprevizibilitatea comportamentului celuilalt devine din ce în ce mai mare, iar stupoarea sa, în ceea ce priveşte răspunsul lui, de asemenea.

Iată schema simplă a „înstrăinării" relaţionale, care, în acest caz, are la origine o „înstrăinare" afectiv-motivaţională intrapersonală; de aici, ideea că starea de unitate, de integrare, gradul de unificare interioară este element declanşator al unei stări sincrone interpersonale. Astfel, integrarea socială devine un indicator al sănătăţii psihice.

T: – Fratele tău nu ştie care este motivul pentru care tu doreşti să mergi la el. Nu ştie că tu vrei să îl inviţi la tine.
A (*aprobativ*): – Da, nu ştie... O trimit din nou!
T: – Trimite-o!... Dar ai văzut că lăcrămioara nu s-a descurcat. Dacă tu ai fi fost acolo, te-ai fi descurcat mult mai bine decât ea!
A (*hotărându-se brusc*): – Da, mă duc eu!... (*în următorul moment se opreşte, se răzgândeşte şi-şi fixează privirea în tavan*).
T: – Ce faci acum?
A: – Mă gândesc.
T (*întinzându-i un măr*): – Mărul este gândul tău. Ce spune el?
A (*gândul, glasul interior*): – Cum să-i spun?... N-am făcut-o niciodată... cum voi putea!?... Îi spun, dacă vrea să mă asculte, bine... dacă nu, îl voi pedepsi!
A (*mi se adresează*): – Acum plec.
Ajunsă în faţa fratelui său, iată dialogul „lor":
A (*trandafirul*): – Măi, frăţioare, vino şi stai cu mine!... Că doar suntem fraţi!!
A (*fratele*): – Nu, pentru că eu sunt rău şi egoist... şi lacom. Toată lumea mă urăşte... Nu pot!
A (*trandafir*): – Hai lasă, vino!... Poate o să-ţi treacă răutatea?! Eu aş putea să te ajut.
T: – Cum ai putea tu, trandafirule, să îl ajuţi? Spune-i!
A (*rosteşte emoţionată*): – Să te iau în braţe... să te iubesc... Să fim amândoi!!
A (*ca frate*): – ...Dar pe mine nimeni nu mă poate iubi...
Alina ia ursuleţul (obiectul ales ca suport pentru fratele trandafirului) în braţe, se leagănă cu el, tace, închide ochii. După câteva secunde se reaşază în locul fratelui şi „răspunde":
A (*ca frate*): – „Bine... Hai că vin!"
Apoi, îl îmbrăţişează din nou şi merg astfel spre „locul" trandafirului.

T: – Cum vă simţiţi acum?

A: – Ne bucurăm că suntem amândoi!

Alina mângâie ursuleţul, îl sărută şi râde.

T: – Ce crezi tu despre tine, trandafirule?

Alina coboară privirea, înghite în sec, tace îndelung, pare descumpănită; după câteva secunde mă priveşte, sperând probabil ca eu să fi renunţat la această întrebare, dificilă pentru ea; observând însă că îi mai aştept răspunsul pe faţă îi apare o grimasă, iar corpul său devine tensionat; rosteşte, apoi, rar: „Nu ştiu ce să cred".

A (*se încruntă şi mai mult, îmi evită privirea*): – Cred că nu-mi place să fiu jignită, să fiu batjocorită.

T: – Înţeleg că până acum s-a întâmplat să te simţi aşa cum nu îţi place.

A (*cu privirea în jos, încă*): – A, nu... Dar nu îmi place mie!

T: – Trandafirule, spune-mi, ce cred ceilalţi despre tine?

A: – Unii oameni vin la mine, mă privesc, le place de mine, mă mângâie, adică mă iubesc... apoi pleacă şi mai vin şi a doua zi...

T: – Unii oameni... Iar alţi oameni?

A (*mimică tristă*): – Alţii mă jignesc, dau în mine cu un băţ...

T: – Hmm... Te jignesc şi te lovesc?

A (*întristându-se tot mai mult*): – Da... mă lovesc... iar eu mă ofilesc...

T: – Alina, ai putea să-ţi dai seama ce anume ai putea face tu însăţi? Să afli, de pildă, ce ţi-ar trebui pentru ca băţul să nu te mai lovească!?

A: – Eu, ca trandafir?... Vreau să am apă, lumină, furtună... şi iubire.

Fiecare element a fost obiectivat prin bucăţi de plastilină, de culori diferite, după cum a preferat Alina; apoi, utilizându-le pe rând, am dramatizat situaţiile de „întâlnire" cu fiecare dintre acestea.

T: – Bine... Vine ploaia... Ce faci cu apa?

A (*simulează că este însetată*): – O sorb... o înghit...

T: – Ploaia se înteţeşte... Plouă tot mai mult...

A: – Rămân aici şi înghit apa.

T: – Şi înghiţind-o... ce se întâmplă cu tine, trandafirule?

A: – Mă umple până la rădăcini... şi frunzele... şi mugurele meu creşte...

T: – Creşte mugurele tău...

A: – Da, se desface...

T: – Apa, ploaia te ajută să creşti şi să te desfaci.

Alina îşi înalţă braţele şi uneşte deasupra creştetului capului încheieturile mâinilor în forma unui clopot sau a unei pâlnii; priveşte în sus.

T: – Bine, Alina... Acum, iată, vine lumina... Ce faci cu ea?

A: – Mă încălzesc cu ea, mă curăţ.

T: – Lumina te curăţă.

A: – Da, lumina e mai puternică decât apa... pentru că intră aici, în sufletul meu.

T: – Te curăţă înăuntrul tău.

Ridică de această dată braţele sus, parcă dorind să cuprindă tot cerul sau acea lumină imaginară, despre care presupunea că ar fi „curs" din cer.

T: – Acum este momentul să vină furtuna... Vâjjj!!

Alina se clatină, unduindu-şi corpul şi braţele. Rămâne liniştită şi încrezătoare.

Pentru a-i stimula resursele adaptative am adaptat tehnica amplificării din gestalt-terapie (care vizează de obicei amplificarea unei trăiri emoţionale pentru obţinerea unui contact mai adecvat cu aceasta) amplificând intensitatea „furtunii". Obiectivul acestei intervenţii a constat în stimularea capacităţii Alinei de a face faţă problemelor, ameninţărilor, „furtunilor" vieţii.

T: – Furtuna e tot mai mare, copacii se leagănă, pe unii îi scoate din pământ... Ce faci?

A: – Rădăcinile mele sunt băgate mult în pământ... eu mă dau aşa, într-o parte şi în alta, dar pământul mă ţine. Şi apa mea, că eu am rezerve de apă, o să-mi cresc rădăcinile... Le dau să bea.

T: – În timp ce furtuna vine peste tine tu îţi creşti rădăcinile...

A: – Şi ca să nu mă pună la pământ o să mă unesc cu fratele meu şi cu iubirea noastră, să respingem furtuna!

T: – Bine, Alina. Ai dobândit apa care te ajută să creşti, lumina care te curăţă, furtuna care te întăreşte şi iubirea cu care te poţi apropia de fratele tău. Dacă ar fi să vină acum băţul, ce crezi că ai face?

Alina rămâne puţin pe gânduri, apoi, dintr-o dată faţa i se luminează:

A (*încrezătoare*): – Nu mi-e frică pentru că am ţepi. Mi-au crescut ţepi... (*râde, parcă ea însăşi surprinsă de ceea ce spune*).

Analizând comparaţia celor doi trandafiri (cel de la începutul şedinţei şi cel de la finalul acesteia) putem surprinde mai uşor relaţia existentă între agresivitate şi frică. Primul trandafir este înmugurit (petale strânse), fără spini, descris de Alina ca fiind „fricos". Al doilea trandafir este înflorit (petale desfăcute, numeroase), mulţi spini, iar Alina spune despre el că este „puternic".

Mesajul Alinei către ea însăşi ar putea fi formulat astfel:

„Pe măsură ce descopăr modalităţi sau resurse care să îmi activeze şi să-mi dezvolte capacităţile adaptative în faţa ameninţărilor sau a altor situaţii cu caracter agresogen, nivelul de anxietate scade, gradul de vulnerabilitate perceput scade şi astfel «pot înflori», pot oferi lumii deschiderea mea".

Putem afirma deci că modul în care se realizează acceptarea propriei agresivităţi, potenţată de resemnificarea ei, poate prin sine să „dizolve" temerile, frica.

T: – Trandafirule, cum e pentru tine faptul de a avea ţepi? Cum te simţi acum?

A: – Mă bucur mult... Nu-mi vine să cred că am reuşit!

T: – Te bucuri... şi nu-ţi vine să crezi! Ai putea să-mi spui cum ţi-au apărut?

A: – M-a ajutat fratele meu, am luat o parte de la el.

T: – Ai împrumutat o parte de la el?

A: – Nu, i-am luat de tot... că el avea prea mulţi şi aşa...

T: – O parte de la el... Iar o altă parte?

A: – Mi-au crescut aşa... când se apropia pericolul.

T: – Ce le-a trebuit spinilor tăi ca să crească?

A: – Apă... le-am dat multă apă... şi lumină.

T: – Ai putea acum, după toate acestea, să-ţi clarifici ce înseamnă pentru tine a avea ţepi?

A: – Atunci când se apropie pericolul îţi cresc ţepi ca să te aperi, să te lupţi.

T: – Ai aflat un lucru important pentru tine. Este ca şi când azi ţi-ai făcut un cadou: puterea de a te apăra şi de a lupta.

Alina râde cu poftă, iar obrajii i se îmbujorează.

T: – Trandafirule, acum, am să te rog să te desenezi aici!

Alina desenează un trandafir mai mare, cu petale numeroase, multicolore, deschise; tulpina este îngroşată (faţă de trandafirul desenat la începutul şedinţei), cu mulţi spini mari şi mici, iar rădăcina devine bogată, extinsă, mult mai ramificată.

Deoarece diferenţele dintre cele două reprezentări grafice erau evidente, am considerat ca fiind foarte important ca Alina să devină conştientă o dată în plus de puterea sa transformativă, prin analiza comparativă a celor două stări.

T: – Priveşte cele două desene. Aşa erai înainte... şi aşa ai devenit.

A: – Da, aveam şi înainte spini, dar erau mici, erau ca nişte bebeluşi (*râde emoţionată*). Mici, firavi ...când puneai mâna pe tulpină nu te înţepai, nici nu-i simţeai. Nu-mi place ăsta că e fricos... şi e închis la vârf...

T: – Dar celălalt cum este? Descrie-l!

A: – Ăsta e puternic, ştie să se lupte şi îmi place pentru că are petalele desfăcute... El m-a salvat!

T: – „El" eşti tu. TU te-ai salvat, Alina!! Arată-mi printr-un gest, fă ceva ca să înţeleg că eşti acest trandafir!

Alina îl sărută de mai multe ori, iar apoi izbucneşte într-un râs nestăpânit.

În decursul acestei şedinţe, Alina a reuşit o transformare deosebit de importantă. A fost beneficiara unei schimbări structurale de perspectivă, privind atitudinea pe care o avea faţă de eventualele acţiuni distructive îndreptate împotriva ei; astfel, dacă la început şi-a reproşat că a desenat ţepi, nefiind ceva caracteristic stilului ei de interacţiune, în finalul şedinţei, „reuşind să-şi crească ţepi", Alina şi-a dezvoltat, de fapt, un pattern de a face faţă dificultăţilor prin punerea în valoare a resurselor personale; acest pattern va fi actualizat, reactualizat şi îmbogăţit prin acţiunile terapeutice din următoarele şedinţe. Pe de altă parte, este o dovadă elocventă a fluidizării resurselor sale, care ar putea sugera chiar momentul culminant al întregului proces terapeutic prin „înscrierea" sau „re-înscrierea" psihologică în ordinea naturală a dinamicii adaptative, creative, evolutive.

III.7. Dialog cu tristeţea (*Şedinţa a opta*)

Pentru următoarele şedinţe îmi propun construirea unui demers terapeutic centrat predominant pe *pozitivarea imaginii de sine*, prin abordarea acelor părţi ale personalităţii pe care Alina are tendinţa de a le respinge, sau nega, sau ignora, părţi cărora, atribuindu-le o conotaţie negativă, „nu le găseşte locul" în spaţiul său psihologic.

Terapeutul: – Alina, spune-mi trei lucruri care-ţi plac foarte mult la tine.

Alina (*uşor mirată, ca şi când ar dori să sugereze nonverbal că aşa ceva nu există*): – Nu ştiu. Nu-mi place nimic la mine.

T: – Nu-ţi place nimic la tine. Hmm... Spune-mi atunci ce anume nu-ţi place deloc la tine.

A: – Că sunt proastă...

T: – Hmm... Poţi să-mi spui ce înseamnă pentru tine că „eşti proastă"?

A: – Păi, sunt proastă, nu judec cu capul...

T: – Aş vrea să te rog să desenezi aici acest lucru care nu-ţi place la tine.

A (*refuză*): – Nu ştiu să desenez.

T: – Atunci, pentru că nu ştii să desenezi, e simplu: desenează aşa cum nu ştii!

Alina mâzgăleşte foaia, încercând să se hotărască asupra a ceea ce să deseneze. Se foieşte pe scaun, trage de timp, mă priveşte plictisită, apoi începe să contureze ceva; la rândul meu, am încurajat-o să continue. După câteva secunde de tăcere îmi comunică faptul că doreşte să deseneze o „paletă de badminton".

În următoarea secvenţă am solicitat-o să găsească trei caracteristici ale acestui desen, cunoscând însă ceea ce el reprezintă pentru sine. A descris paleta ca fiind: urâtă, ruptă şi strâmbă la coadă; fiecare dintre caracteristici a fost reprezentată grafic (desenul a fost completat cu diverse semne corespunzătoare descrierii).

Mai departe i-am propus să aleagă o bucată de plastilină de o anumită culoare, astfel încât să „se potrivească" cu obiectul ales ca suport, iar apoi să o modeleze; a obţinut astfel o paletă din plastilină verde.

Observând atitudinea de slabă participare motivaţională a Alinei, manifestată încă de la începutul şedinţei şi prelungindu-se până în momentul în care a desenat, am presupus că *desenul*, ca modalitate de exprimare, nu a reprezentat în această situaţie o cale suficientă care să-i permită Alinei să realizeze un contact real şi autentic cu acea parte aflată în discuţie. Astfel, i-am propus o altă modalitate (*modelajul*), deoarece însăşi acţiunea de reprezentare a ceva printr-un material modelabil, maleabil, modificabil, conţine implicit ideea că este posibilă intervenţia exterioară pentru obţinerea unei transformări oarecare: a formei, a dimensiunilor, chiar a semnificaţiei; deci, acţiunea modelatoare conţine intrinsec condiţia transformativă.

În cazul expus mai sus există două subobiective corespunzătoare fiecărei modalităţi expresive; prin *desen* am urmărit cu precădere crearea unei stări psihologice „pregătitoare", anteanalitică, cu efect de activare şi motivare a Alinei pentru participarea la sarcina terapeutică (deşi provoacă experienţe neplăcute şi oarecum dureroase); iar prin *modelaj* mi-am propus deblocarea capacităţii autoexplorative a Alinei.

T: – Povesteşte-mi despre această paletă, Alina!

A (*despre paletă*): – Ăsta-i prost, nu joacă bine, mereu se supără... la nimeni nu-i place de el pentru că e mic, e prost, nu are cap.

T: – Nimănui nu-i place pentru că nu are cap.

A (*explicându-mi*): – Da, nu judecă cu capul. Atât...

T: – Alina, dacă ar fi să vorbeşti cu paleta asta, ca şi cu un om, ce i-ai spune? Imaginează-ţi că ea este în faţa ta. Priveşte-o! Nu are cap, nimănui nu-i place de ea...

A (*pe un ton blând, cu compasiune*): – Vai, paletuţo! De ce eşti aşa de tristă şi de supărată?

T: – E tristă şi supărată. Hmm...

A (*către mine*): – Da.

Apoi intră spontan în rolul paletei, având o expresie facială de tristeţe, cerând parcă înţelegere şi ajutor.

A (*în rolul paletei triste*): – Cum vrei să fiu, dragă Alinuţa?

După această întrebare, rămâne câteva secunde cu privirea în pământ şi cu umerii căzuţi, fără a avea vreo intenţie de a-şi răspunde, de a continua dialogul. Tace.

T: – „Cum vrei să fiu?", te-a întrebat paleta. Bine. Acum răspunde-i. Eşti Alina.

A: – Aş vrea să fii veselă şi zâmbitoare, (*continuă pe un ton rugător*) să nu fii aşa supărată pe alţii că nu vor să se joace cu tine... Eu, de exemplu, am să mă joc cu tine, chiar dacă o să fii ruptă şi urâtă.

Alina dovedeşte şi de această dată că are disponibilitatea de a se autoaccepta, de a face „pace cu sine".

T: – Tu te joci cu ea. Hmm... Alina, ce te face să te joci cu ea totuşi?

A: – Nu ştiu... că e la fel ca un om...

T: – Adică... vrei să spui că...

A: – Ar trebui să zâmbească, să nu mai fie supărăcioasă, şi eu trebuie să o înveselesc.

T: – Tu trebuie... să o înveseleşti.

A: – Da, să o bucur.

T: – Înţeleg că-ţi propui să o înveseleşti?

A: – Da, dar nu ştiu cum...

Voi prezenta pe scurt „algoritmul" acestei tehnici de resemnificare bazată pe o modalitate expresivă:

1. Clientul este solicitat să reprezinte (grafic, prin modelaj, prin colaj sau prin modalităţi expresive combinate) acea parte a personalităţii sale pe care doreşte să o abordeze. Produsul este ceea ce vom numi „starea iniţială".
2. În pasul al doilea, clientul va fi stimulat să descopere cel puţin trei caracteristici ale produsului său, fiecare dintre acestea fiind „punctată", „în-semnată", astfel încât să fie reţinută.
3. Mai departe, este vorba de etapa interacţională, în care terapeutul îl va asista pe client în cursul procesului de contactare şi comunicare cu acea parte, urmată de „acţiunea" transformatoare asupra ei.
4. În fine, clientul va reprezenta din nou respectiva parte prin intermediul aceleiaşi modalităţi expresive alese la început, mai exact „starea finală" rezultată în urma transformării. Această etapă se finalizează o dată ce clientul a redescoperit noi sensuri, dobândind capacitatea de redefinire. Tehnica de resemnificare rezultă deci din îmbinarea modalităţilor expresive cu tehnica desenului serial şi cu tehnica dialogului părţilor.

T: – Nu ştii cum să o înveseleşti, dar ştii că vrei să fie bucuroasă. Ai putea face acum o paletă bucuroasă, aşa cum ţi-ai dori să fie ea?

Alina a ales o bucată de plastilină roşie, pe care nu o mai modelează deloc, spunând: „Asta e!". Am rugat-o să o descrie. „Paleta roşie", cea înveselită, era frumoasă, mai înaltă şi „cam deşteaptă".

T: – Şi cam deşteaptă...

A: – Da, deocamdată nu judecă cu capul, doar când vrea ea...

De această dată, iată că avem de-a face cu o stare intermediară, premergătoare transformării finale.

De reţinut ar fi faptul că cele două „palete" au culori complementare (verde – partea respinsă şi roşu – partea dezirabilă) şi că „paleta roşie", în acest moment al şedinţei, nu este însă modelată propriu-zis. Urmează etapa interacţională.

T: – Hai să auzim ce vorbesc cele două palete, ce-şi spun!

A (*ca paletă veselă, deşteaptă şi frumoasă*): – Vai, proasto! Proastă paletă! Pleacă de aici, jegoaso, javră împuţită ce eşti!!

Alina a rostit această frază cu dezgust, accentuând fiecare cuvânt. Cuvintele ei sugerează aversiunea faţă de percepţia propriei imagini, suferinţa fiind provocată de faptul că acest aspect este neintegrat, simţindu-l probabil ca pe ceva străin ei. Este ceea ce va încetini ritmul negocierii cu ea însăşi.

T: – Şi paleta ce răspunde?

A (*ca paletă tristă, proastă şi urâtă*): – Chiar mă înjuri!? Hmm... Am să te iau... – *către mine, explicativ* – aşa o ia – *reintră în rolul paletei triste* – şi te arunc pe geam (*o aruncă într-adevăr pe podea*).

A (*ca paletă veselă*): – Aoleu! Ajutor! Ajutaţi-mă! Paleta aceasta rea vrea să mă arunce afară!

A (*ca paletă tristă*): – N-ai decât să strigi! Pe mine nu mă interesează! Te arunc drept afară! (*o mai aruncă o dată, mai departe*).

Este foarte necesară această fază a exprimării agresivităţii atât pe cale verbală, dar mai ales, nonverbal şi comportamental.

T: – Bine, Alina. Fii acum paleta care a fost aruncată. (*Alina se ghemuieşte lângă „paleta bucuroasă", jos, pe covor*) Ce simţi?

A (*ca paletă bucuroasă*): – Mă doare. Toţi mă aruncă.

T: – Ce simţi faţă de paleta care te-a aruncat şi căreia i-ai spus ceea ce i-ai spus?

A: – Îmi pare rău pentru ea. Nu merita. Merita să fie mângâiată.

T: – Înţeleg că dacă ai fi lângă ea, acolo, sus, ai mângâia-o?

A (*pe ton convingător*): – Daaa!

T: – Cum ai putea să faci acest lucru?

A: – Urc.

Alina exprimă corporal modul în care urcă cu „paşi" uriaşi, ridicând ritmic genunchii la piept. Continuă din proprie iniţiativă să definitiveze scenariul „întâlnirii" celor două stări.

A: – Iau o plastilină albă, e *Salvarea*, nu are nimic, doar un deget rupt... Se duce sus să-i ceară iertare paletei urâte şi triste... A ajuns.

Revenind lângă paleta cea urâtă, Alina se opreşte; o privesc întrebător în legătură cu ceea ce se petrece în acest moment.

A: – Acum doarme. (*şopteşte*) Paleta urâtă doarme.

A (*ca paletă bucuroasă*): – Ah, paletuţo, dacă m-ai ierta! (*pe ton tânguitor*) Of, of!

A (*către mine*): – Asta urâtă nu-şi dă seama că e ea, încă nu ştie... doarme buştean. (*ca paletă bucuroasă*) Vai, scoală-te! Îmi pare foarte rău!

A (*ca paletă tristă-indignată*): – Cine mă trezeşte la ora asta târzie!? Of, paleto! Îţi trag acuma una...!

T: – Alina, ce simte paleta tristă faţă de cealaltă?

A: – Asta tristă crede că vrea din nou să o jignească, dar decât să o jignească mai bine ştie că o dă afară.

Această secvenţă aminteşte de o atitudine destul de frecventă a oamenilor legată de modul în care anumite expectaţii de relaţie capătă în forul nostru subiectiv caracteristica de „eveniment deja petrecut"; este ceea ce ne determină să elaborăm o poziţie (o opinie sau un comportament) faţă de un fapt inexistent în realitate, dar reprezentat pregnant în mintea noastră.

T: – Şi pentru că ea crede că o va jigni, o dă afară.

A: – Da. (*apoi ca paletă bucuroasă pe ton rugător*) Nu mă da afară, te rog, vreau să vorbesc ceva cu tine!

A (*ca paletă tristă*): – Dar ce vrei să vorbeşti cu mine?

A (*ca paletă bucuroasă*): – Păi... pot să-mi cer iertare?

A (*ca paletă tristă*): – Vezi ce mare sunt eu?

A (*ca paletă bucuroasă*): – Da, văd, te văd doar dacă sar!

Astfel Alina exprimă poziţia de superioritate a părţii negative faţă de cealaltă; partea negativă este dominantă, mai puternică decât cea pozitivă, iar ceea ce-i conferă acesteia forţă interioară este chiar energia de tip agresiv pe care o conţine; pentru a atinge o stare de echilibru parţial va încerca să „urâţească" partea pozitivă.

A (*ca paletă tristă*): – Că dacă n-ai sări, ai fi tare cocoşată!

A (*ca paletă bucuroasă*): – Bine, fă-mă cocoşată! Dar poţi să mă ierţi?

A (*ca paletă tristă*): – Bine, te iert... (*neconvinsă, însă*)... dar... of... (*pe ton concesiv*) să-ţi pun nişte întrebări: dacă eşti o bună prietenă, dacă înjuri...

Această parte, cu un încărcat potenţial agresiv este neîncrezătoare, pare a fi acea parte anxioasă a Alinei, care are nevoie, pentru orice acţiune propusă, de asigurări anticipate.

Şi astfel se conturează mai clar relaţia dintre agresivitate, anxietate şi dispoziţia depresivă (tristeţea paletei care-şi spune chiar aşa: „tristă", sentimentul fiind atât de

puternic va dobândi valoare definitorie). Acestea trei sunt variabilele psihologice cele mai importante în ecuaţia personală a Alinei.

T: - Pune-i întrebările!
A (*ca paletă tristă*): - Înjuri? Ai înjurat vreodată?
A (*ca paletă bucuroasă*): - Eu... n-am înjurat niciodată...
A (*ca paletă tristă*): - Ah, ce mincinoasă poţi să fii! Of!! Încă o întrebare. Ai ascultat vreodată de părinţii tăi?
A (*ca paletă bucuroasă*): - Care părinţi? Eu n-am avut niciodată vreun părinte!

Iată cum transpare din nou forţa sentimentului de abandon şi negarea declarată a existenţei părinţilor (vezi „Prima şedinţă"), ca şi când, în istoria sa personală, amintirea părinţilor este mortificată; din punct de vedere afectiv, Alina refuză să-i mai contacteze, ea nu are părinţi sau, dacă i-a avut cândva, i-a ucis în forul său interior prin impaciul tuturor sentimentelor negative experimentate în preajma acestora.

T: - Paleta bucuroasă nu a avut niciodată vreun părinte, spui? Hmm...
A (*ca paletă bucuroasă*): - Cum să am eu vreun parinte, că nici tu n-ai!?
A (*ca paletă tristă*): - Ba da, eu am.
A (*ca paletă bucuroasă*): - Cum!? Tu ai părinţi?? Arată-mi-i şi mie! Vreau să ştiu şi eu dacă eşti chiar aşa de deşteaptă şi chiar aşa... că te lauzi cu părinţii tăi.

Alina exprimă aici o concepţie personală despre ceea ce înseamnă pentru sine „a fi deştept"; este vorba de o construcţie logică după care, probabil, copiii se ghidează în procesul de conturare şi formare a personalităţii, dar mai ales a imaginii de sine. Mă refer la două chestiuni: „A avea părinţi" presupune pentru copil, în mod obligatoriu, posibilitatea de a te lăuda cu ei, adică imaginea de sine se articulează atât pe imaginea atribuită părinţilor de către copil, cât şi pe imaginea părinţilor despre propriul lor copil. Aceasta presupune însă comunicarea, interacţiunea pe dimensiunea emoţională dintre părinţi şi copii. Probabil că această interacţiune are cea mai mare valoare formativă prin securizarea emoţională a copilului care se poate simţi „deştept". Astfel am atins a doua chestiune pe care doream să o aduc în discuţie, aceea a relaţiei dintre „a fi deştept" şi „a avea părinţi" (este vorba, repet, de o interacţiune profund emoţională, securizantă, de o altă nuanţă a conceptului de „parentalitate" şi anume „parentalitate afectivă"). Poate că ar fi interesant să se realizeze un studiu al relaţiei dintre dezvoltarea inteligenţei percepută şi asumată şi gradul de securizare emoţională (hrană afectivă), măsurat pe mai multe paliere de vârstă, atât în studii longitudinale, cât şi în studii transversale. Am putea „testa" astfel „puterea" sentimentului de a te simţi conţinut, de „a fi purtat în pântecele unei familii", din punct de vedere psihologic, dar mai ales emoţional.

A (*ca paletă tristă*): - Îi vezi acum! (*apoi către terapeut*) Să zicem că i-a văzut.
A (*ca paletă bucuroasă*): - Ah, ai dreptate! Iartă-mă!! (*către terapeut*) Şi leşină paleta bucuroasă.
T: - Leşină. Ce se întâmplă acum?
A: - Paleta tristă se rupe.

Această imagine a ruperii paletei ar putea fi exprimarea metaforică a separării şi a divorţului părinţilor, ceea ce se soldează cu dificultatea de a reprezenta relaţia parentală şi, ca urmare, trăită subiectiv ca o stare de fisurare sau chiar de fracturare psihologică pe mai multe planuri: emoţional, reprezentaţional, aspiraţional, volitiv etc.

A (*cu resemnare*): – Și amândouă sunt leșinate.

T: – Amândouă sunt leșinate... Bine. Ce simt ele acum când amândouă sunt leșinate?

A: – Parcă ar simți că se împacă...

T: – Hmm... Simt că se împacă. Atunci când a leșinat paleta bucuroasă, cealaltă paletă s-a rupt și ea. Oare ce crezi că a făcut-o pe ea să se rupă?

A: – Pentru că paleta bucuroasă e sora ei.

T: – Deci ele sunt surori!

A: – Da... și de asta trebuie să se împace... Paleta bucuroasă se scoală, își face gâtul la loc... că era rupt... și apoi și paleta tristă își face înapoi... ba nu... Paleta tristă îi spune: „Tu știai că ești sora mea?", iar cea bucuroasă, „Ei, na! Chiar așa? Ia uite ce zici!... Zici asta doar ca să te împaci cu mine... știu eu!".

A (*ca paleta tristă*): – Nu, dacă vrei să-ți dovedesc, îți dovedesc!

A (*ca paleta bucuroasă – ton ironic*): – Dovezile tale! Ha!! Cum să te cred?

T: – Înțeleg că paleta bucuroasă nu crede că cealaltă este sora ei. Ce crede ea, de fapt?

A: – Ea nu vrea să fie soră cu asta, vrea să fie doar prietene.

După o scurtă reformulare, introduc tehnica metapozițiilor, deoarece dialogul lor, atât de dens și pe alocuri stagnant, a ajuns într-un impas evident. Este necesar ca Alina, experimentând și alte poziții, să-și modifice perspectiva prin creșterea graduală a nivelului de obiectivitate, facilitat de această tehnică.

T: – Alina, paleta tristă i-a spus paletei bucuroase că ar fi bine să se împace pentru că sunt surori, însă paleta bucuroasă nu vrea ca cea tristă să fie sora ei, ea vrea să fie prietena ei. Așa că îi spune paletei triste că nu o crede. (*Alina aprobă nonverbal*) Alina, ridică-te și mută-te aici – ai auzit ce au discutat cele două palete – dacă ar fi să le spui ceva, ce le-ai spune?

A (*ca cea de-a treia persoană*): – Dragă surori, voi trebuie să vă împăcați, pentru că altfel n-o să reușiți niciodată.

Este foarte interesant faptul că acea „eroare" gramaticală, acest dezacord între apelativul „dragă" (la singular) și substantivul „surori" (la plural), ar putea sugera o nevoie psihologică de a cuprinde într-un singur cuvânt două realități, adică o tendință de integrare și unificare, aflată în curs de conștientizare.

A (*ca paleta bucuroasă*): – Vai, pleacă de aici! Nu ți-e rușine să te bagi în treburile altora?!

T: – Răspunde-i!

A (*ca cea de-a treia persoană*): – Eu nu mă bag în treburile voastre. Eu (*împăciuitoare*) vreau doar să vă spun că dacă vreți să fiți două surori bune, trebuie să aveți grijă de voi...

T: – Ce spun ele acum?

A (*ca paletă tristă*): – Ai dreptate! Da, eu vreau să mă împac!

T: – Paleta tristă ar vrea să se împace cu sora ei, dar paleta bucuroasă n-ar vrea să fie surori, ci mai degrabă prietene... Atunci când vine cineva din afară, îi spune să plece pentru că nu este treaba lui. Bine. Te rog să vii aici, în alt loc; ești un om care a văzut tot ceea ce s-a întâmplat. Ce le spui lor?

A (*ca cea de-a patra persoană*): – Eu îi zic Alinei de aici (*celei de-a treia*): Dragă Alina, du-te și spune-le paletelor că dacă nu se vor împăca, voi trimite o furtună mare, mare...

T: – Spune-le chiar tu paletelor!

A (*pe ton poruncitor*): – Fiți atente! Dacă nu vă veți împăca, vin cu furtuna peste voi!

T: – O furtună care...

A: – Care... o să vă dați seama că amândouă sunteți două surori. Dacă vă împăcați și sunteți împreună, nu vă mai trimit furtuna.

T: – Ce spun paletele?

A: – Paleta tristă vrea, dar cea bucuroasă zice că ar vrea să aibă o soră, dar nu pe asta, aşa de urâtă. (*ca paletă bucuroasă*) Vreau să am o soră, dar nu te vreau pe tine! Vreau una care să semene cu mine. (*izbucneşte în râs*)

T: – Vreau ca sora mea să semene cu mine! Bine, Alina! Ce şi-ar dori paleta bucuroasă să facă paleta tristă?

A: – Să se schimbe. Să fie mai frumoasă. (*ca paletă bucuroasă, implorând-o*) Hai, paletă tristă, schimbă-te pentru mine! ! !

A (*ca paletă tristă*): – Îmi promiţi că te vei împăca cu mine?

A (*ca paletă bucuroasă*): – Îţi promit, dar eşti urâtă şi mie nu-mi place să am o soră urâtă, strâmbă şi cocoşată! (*apoi către terapeut*) Şi paleta atunci... se schimbă.

În timp ce Alina modelează, îmi spune că paleta devine „mai înaltă, mai frumoasă, mai dreaptă, nu aşa cocoşată". Pe măsură ce paleta îşi modifică „înfăţişarea", Alina se entuziasmează din ce în ce mai mult, iar în final exclamă plină de încântare: „Vai, ce frumoasă te-ai făcut! Heei! (cu voce plină, rosteşte convingător) *Vreau să fii sora mea!".*

T: – Bravo! Vreau să fii sora mea pentru că acum semeni cu mine, eşti frumoasă, înaltă, bucuroasă...

A: – Şi mai deşteaptă.

T: – Sigur, mai ales deşteaptă! Cum se împacă ele, Alina?

Alina le modelează, le răsuceşte parte peste parte, transformându-le într-o spirală.

A: – Aşa... împreună... legate... Şi o prind şi aici cu cordonul, să nu iasă.

T: – Bine. Pune-le undeva legate cum sunt şi fii acum Alina care le-a spus că dacă nu se împacă vine cu furtuna peste ele.

A (*ca cea de-a patra persoană*): – Bravo, fetelor! Vă mulţumesc! Pentru asta... vă trimit un soare... pe care scriu „Bravo!".

Alina ia o bucată de plastilină galbenă pe care scrie „Bravo!", iar apoi o ridică şi o flutură deasupra paletelor.

A: – Le arăt soarele.

T: – Arată-le soarele, Alina! Ce fac ele?

A: – Atunci când îl văd se întind şi se culcă împreună.

T: – Ce visează ele, Alina?

A: – Că... nu... se mai desfac deloc, că stau aşa, legate.

Alina îşi aşază capul pe masă alături de cele două palete care dorm, închide ochii şi rosteşte şoptit: „Dorm şi eu cu ele".

„Somnul" cu ele este expresia stării de linişte interioară de după „furtuna" anxietăţii în care a trăit Alina până acum. Cu două părţi ale fiinţei sale aflate în conflict, Alina experimenta o stare de continuă zbatere interioară; împăcarea acestora este un alt salt în evoluţia sa personală, un nou început, ce presupune ca energia ei să fie dirijată către „creştere", şi nu către consum interior neproductiv, dezadaptativ. Este un pas semnificativ spre ceea ce Iolanda Mitrofan defineşte ca stare de unificare: „a te simţi acceptat şi iubit necondiţionat".

III.8. Prizonier în cubul de gheaţă (*Şedinţa a noua*)

De cum a intrat în sala de terapie, am citit în privirea Alinei o stare de uşoară preocupare; încercând să pătrund substratul acestei stări, am aflat că de câteva zile Alina se tot gândea la debutul ei şcolar şi la cele patru clase primare; îşi amintea de entuziasmul pe care îl simţea dimineaţa, în drum spre şcoală, de intensitatea emoţiilor cu care trăia fiecare contact cu „doamna învăţătoare", de bucuria obţinerii notelor bune sau a

aprecierilor pozitive din partea învățătoarei și a mamei. Relatând toate acestea, tonul său sugera o stare de descumpănire, a cărei mesaj ar putea fi: „Acum parcă nu mai sunt eu".

Alina: – Mă gândesc că sunt mai proastă și de câte ori iau note mici îmi sună în cap: „Vai, fetițo, ce proastă ești! Vai, puturoaso, de ce nu ți-ai citit lecția?".

Terapeutul: – Bine, Alina. Așa gândești despre tine. Pentru că tocmai mi-ai vorbit despre tine când erai în clasele mici, am să te întreb dacă îți amintești ce gândeai atunci când luai o notă bună sau un premiu?

A: – „Bravo, Alinuța, ai reușit! Așa să înveți mereu de acum înainte!"

T: – „Așa". Ce vrei să spui?

A: – Adică să stau acasă... Să citesc, să-mi fac temele, să mai învăț și mâine...

Expresia ei „să stau acasă" mi-a amintit imediat de personajul *Aș putea să fac*, pe care Alina îl descria în prima ședință ca fiind „cel mai bun copil, care stă toată ziua în casă și învață".

T: – Deci ce crezi tu despre tine, Alina?

A: – Credeam atunci că sunt deșteaptă.

T: – Alina, aș vrea să-ți propun un joc. Hai să zicem că acum tu ești *Alina cea deșteaptă* (*Alina zâmbește*), care are note bune, care stă toată ziua acasă și învață.

Pentru a o ajuta să intre mai bine în rol m-am adresat cu apelativul *Alina cea deșteaptă* și am pus-o în situația de a rezolva rapid două probleme simple, care necesitau, ca operație cognitivă principală, separarea esențialului de neesențial, de exemplu: *Alina cea deșteaptă*, dacă o iepuroaică are 16 pui, dintre care 2 sunt fetițe și restul sunt băieți, iar una dintre fetițe se duce în pădure după hrană și aduce 1 morcov, în câte bucăți trebuie să-l împartă iepuroaica pentru a mânca fiecare o parte egală?".

Foarte amuzată de aceste „sarcini cognitive", Alinei i-a fost ulterior ușor să se identifice cu personajul *Alina cea deșteaptă*, astfel că am continuat cu *tehnica dialogului părților*.

T: – Alina, iată aici, pe scaunul din fața ta este acea fată, acea *Alina cea proastă*. Privește-o și spune-i ceva... orice îți trece ție acum prin minte.

A (*cea deșteaptă*): – Vai, săraca de tine, ce proastă ești! Mi-e milă de tine... știu că ți-e greu...

T: – Știu că ți-e greu și îmi este milă. Bine! Acum vei deveni *Alina cea proastă*. Vino aici, pe scaun, și răspunde-i!

De îndată ce se așază pe scaunul indicat, mimica feței exprimă nemulțumire; dacă pe scaunul Alinei cea deștepte stătea destinsă, dezinvoltă, acum poziția este mai degrabă adunată, repliată; la început tace îndelung, înghite în sec de câteva ori, privind în jos.

T: – Alina, te rog să rămâi așa cum stai acum și să-ți observi poziția; privește-te cum stai și spune-mi ce simți acum?

A: – Nu-mi convine! Nimic nu-mi convine!

T: – Bine, Alina! Nu-ți convine! Exprimă acest lucru cu corpul!

Alina se adună și mai mult, se întristează.

T: – Bine. Rămâi așa. Vorbește-mi despre ce anume nu-ți convine?

A: – Cum sunt.

T: – Nu-ți convine cum ești.

A: – Da, proastă... și lumea râde de mine... că sunt proastă...

T: – Ce spune lumea atunci când râde de tine?

A (*ca lumea care râde de ea*): – Ha! Ha! Ce proastă ești! Râde, râde... ha, ha, ha... și-mi întoarce spatele.

T: – Îți întoarce spatele...

Pentru a o ajuta să se menţină în propriul său scenariu, am luat un scaun, sugerându-i nonverbal că întreaga „lume" ar fi aşezată pe acel scaun; apoi, respectând afirmaţia Alinei cu privire la atitudinea lumii faţă de ea, am întors respectivul scaun.

T: – Alina, în acest moment lumea, râzând de tine, îţi întoarce spatele. Aşa simţi?
A (*rosteşte încet, poticnindu-se*): – Da... sunt... foarte... proastă.

În acest moment, intensitatea emoţională cu care Alina trăieşte această stare devine maximă, împiedicând-o să comunice anumite gânduri, trăiri, împiedicând-o deci să continue dialogul cu celălalt personaj; este un moment de blocaj interior, de rezistenţă, concretizată în dificultatea, dacă nu imposibilitatea, Alinei de a-şi exprima trăirile. Cuvântul „proastă" revine des în dialog, încetinind şi blocând evoluţia demersului terapeutic.

Astfel că următoarea întrebare va fi clarificatoare, în sensul de a realiza explicit distincţia dintre cogniţie şi afect, „gândeşti că... dar ce simţi?".

De multe ori clientul, aflat în plin proces autoexplorativ, este tentat să confunde planul cognitiv cu cel afectiv, cu cel senzorial şi cu cel acţional, iar această confuzie exprimă un răspuns de tip „rezistenţă". De aceea, el trebuie susţinut, ajutat să conştientizeze şi să realizeze anumite diferenţieri în cadrul său interior.

T: – Crezi despre tine că eşti proastă, dar cum te simţi, Alina? A fi foarte proastă este ca şi când...

Pentru a accede la trăirea sa emoţională (atât de intensă, încât Alinei însăşi îi era dificil să o exteriorizeze), avea nevoie de un cadru de exprimare securizant şi nontraumatic, aşa cum este cel oferit de *tehnica metaforică*.

A: – Ca şi când... aş fi în gheaţă.
T: – Ca şi când ai fi în gheaţă...
A: – Aşa... ca... ca o cameră pătrată... nu ştiu cum să-i zic...
T: – Ca într-o cameră pătrată, spui. Ca într-un cub?... Un cub de gheaţă?
A: – Da, aşa cum e cubul din frigider... Chiar aşa...

Am valorizat deci metafora „camerei pătrate de gheaţă" prin substituirea acesteia cu tehnica metaforică „Cubul", expresie a izolării de ceilalţi.

T: – Acum imaginează-ţi că eşti într-un cub de gheaţă, un cub ca cel de la frigider, dar mare cât o cameră.
A: – Da.
T: – Arată-mi cum stai tu în cubul de gheaţă.
Fără nici un cuvânt, întristându-se mai mult, Alina îşi pune tălpile pe scaun, genunchii sub bărbie, şi-şi îmbrăţişează picioarele; mă priveşte scurt, iar apoi lasă capul în jos, sprijinindu-şi fruntea pe genunchi.
T: – Alina, te rog să descrii ceea ce vezi în camera ta cu gheaţă.
A: – E rece – *îşi strânge tot corpul într-un tremur uşor* – şi gheaţa mă strânge... mă doare... Nu-mi place... – *ridicând privirea, rosteşte accentuând cuvintele* – deloc nu-mi place!
T: – Te înţeleg. Ce crezi că ai putea face în această situaţie, ştiind că nu-ţi place deloc să stai în cubul de gheaţă?
A (*pe un ton resemnat*): – Ce să fac?... (*tace un timp, iar apoi rosteşte îndesat*) Îmi vine să-l sparg... ca să ies odată!
T: – Îţi vine să-l spargi! Bine. Atunci, sparge-l!
A: – Îl sparg cu picioarele!!!

În timp ce rostește aceasta, fără să mai stea pe gânduri, își desface brațele, eliberându-și picioarele, iar apoi își aruncă picioarele în aer, de câteva ori, ca și când ar lovi cu forță ceva.

T (*apreciativ și încurajator*): – Bine, bravo, Alina! Sparge cubul cu picioarele!... Așa... Dă în el cu picioarele până vei fi sigură că s-a spart!... (*Alina continuă să spargă cubul, apoi se oprește*) Ai spart cubul. Ridică-te și privește în jur: a mai rămas ceva din el?

A (*se ridică, se uită în jur, este entuziasmată*): – Au mai rămas niște bucăți de gheață pe care le topesc... Cu soarele... Apa intră în covor... iau din nou soarele și usuc covorul.

T: – Bine, Alina! Usucă covorul cu soarele.

Alina ridică brațele simulând că apucă ceva (Soarele), iar apoi, strângând și desfăcând repetat degetele mâinilor, se preface că împrăștie în jurul său acel ceva.

A (*se învârtește de câteva ori, cu brațele desfăcute*): – Ffuuuuu, ffuuuu...

După ce se asigură că a reușit, se destinde pe scaun și răsuflă ușurată.

T: – Bine, cum este acum locul în care înainte a fost gheață?

A: – E liber. Sunt eu... în rest e liber.

T: – Ești doar tu... (*o orientez spre scaunul pe care am presupus la începutul întâlnirii noastre că se află* Alina cea deșteaptă.) Știi, Alina, *Alina cea deșteaptă* a stat tot timpul aici, pe scaun, și a privit la tot ce s-a întâmplat. Vrei să-i spui cine ești tu acum sau cum ești față de ea?

A: – Acum sunt altfel... cum să zic eu... (*i se luminează fața*) Sunt mai deșteaptă!... Mai deșteaptă decât asta!

Încă o dată ies la iveală resursele transformatoare ale Alinei care, trecându-și acea parte a personalității, considerată inferioară, prin „purgatoriul metamorfozei de sine", reușește să iasă chiar mai valoroasă decât partea considerată inițial „mai bună", superioară.

A: – De fapt nu că sunt mai deșteaptă, eu m-am descurcat la greu, m-am luptat, am fost puternică...

T (*apreciativ*): – Tu ești puternică! Te-ai luptat și ai reușit!

Intenționat am schimbat timpul verbelor, de la trecut la prezent, iar Alina a continuat:

A (*zâmbește*): – Da, sunt puternică... (*apoi începe să râdă nervos, ca o descărcare*) Scuză-mă că râd, dar nu știu ce am, nu pot să mă abțin...

T: – Râzi, Alina! Bucură-te că ești puternică, bucură-te de forța ta, de curajul tău!

Alina aprobă nonverbal și își modifică postura, exprimând încredere și mulțumire de sine.

Așa cum se poate constata, pe „scena" terapeutică se află acum față în față două personaje: *Alina cea foarte deșteaptă și puternică* și *Alina cea deșteaptă*. Să urmărim deci etapa finală a ședinței care vizează întâlnirea celor două părți, negocierea, integrarea și unificarea lor.

T: – *Alina cea foarte deșteaptă și puternică* iat-o pe *Alina cea deșteaptă*. Vorbește cu ea!

A (*cea deșteaptă și puternică*): – Este doar deșteaptă. (*apoi i se adresează cu căldură*) Vrei să fii sora mea, să stăm împreună?

A (*cea deșteaptă*): – Cum să nu vreau!?... Desigur!! (*apoi, explicând, mi se adresează*) Asta deșteaptă se bucură mult că cealaltă a ales-o...

T: – Atunci fă-o să-i spună acest lucru!

A (*cea deșteaptă*): – Vreau să fim împreună, vreau să fim împreună, să nu ne mai despărțim! Sunt foarte bucuroasă... Serios!... Îmi vine să te pup! (*izbucnește în râs*)

Alina desface larg brațele, ca și când ar dori să cuprindă pe cineva, apoi se îmbrățișează singură, legănându-se și prefăcându-se că sărută pe cineva.

T: – Bine, îmbrățișeaz-o! Sărut-o!

A (*cea deșteaptă și puternică*): – Draga mea soră, sora mea, să fim împreună! (*apoi către mine*) O sărută și ea, s-au împăcat!

T: – Arată-mi printr-un gest că s-au împăcat.

Alina se îmbrăţişează mai strâns şi se leagănă mai amplu.

T: – Bravo, Alina! Ce nume îţi dai tu acum?

După ce se gândeşte câteva clipe, spune cu mândrie: *Alina Împreună, deşteaptă şi descurcăreaţă*, mai bine *Împreună*.

În continuarea şedinţei, i-am propus să redea grafic povestea *Alinei Împreună*, pentru ca, reluând în plan interior fiecare etapă a restructurării, să conştientizeze dinamica procesului; desenarea a reprezentat mai ales un pretext pentru a aprofunda trăirea stării finale; această „ancoră grafică" (concretizată în acţiunea de desenare şi produsul acesteia) oferă un plus de stabilitate scopului terapeutic.

Simbolul folosit de Alina pentru a reprezenta părţile eului a fost *casa*.

Povestea sa desenată a cunoscut patru etape, pe care le voi prezenta în următorul tabel:

Etapa	Descrierea desenului	Tehnică terapeutică	Interpretare
1	• Două case, de dimensiuni diferite, cea mai mică fiind simbol pentru personajul *Alina cea proastă* • Între acestea se află un gard înalt ale cărui uluci sunt lipite unele de altele	Tehnica dialogului părţilor (*top dog – under dog*) Cele două personaje aflate în interacţiune sunt: *Alina cea proastă* şi *Alina cea deşteaptă*	Conflict interior, rezultat al neintegrării părţilor opuse
2	• Două case, de dimensiuni diferite, cea mai mică fiind simbol pentru personajul *Alina cea deşteaptă* • Dispariţia gardului şi apariţia unui spaţiu între cele două case	Tehnica metaforică Transformarea personajului *Alina cea proastă* în personajul *Alina cea descurcăreaţă şi deşteaptă* Interacţiunea dintre acestea două	Primul pas către reducerea tensiunii iniţiale Etapă intermediară, concretizată în apariţia unui dezechilibru parţial, premergător fazei integrative
3	• Două case egale ca dimensiuni, alăturate, realizând o construcţie comună, o singură clădire	Tehnica dialogului părţilor Fuziunea celor două personaje care au interacţionat în etapa precedentă	Integrarea părţilor
4	• Completarea desenului cu o scară „la intrarea" în clădire	Element nou, unificator, cu rol de resemnificare a desenului, deci a întregului travaliu terapeutic, element care prin sine însuşi oferă noi perspective evolutive	Unificare interioară

Se poate constata din acest tabel că starea de integrare a părţilor, aşa cum este ea înţeleasă în gestalt-terapie, este diferită de starea de unificare interioară, specifică Terapiei Experienţiale a Unificării; aceasta din urmă, în cazul de faţă, a putut fi surprinsă pe cale grafică şi pe cale gestuală, comportamentală (momentul în care i-am solicitat Alinei să o exprime printr-un gest), deci *nonverbal*. Desigur, starea de integrare interioară a fost exprimată prin termenul „Împreună", care a venit ca o confirmare directă, *verbală*, atunci când i-am cerut Alinei să se redefinească. Este deosebit de important acest tip de

susţinere şi confirmare reciprocă pe cele două dimensiuni, verbală şi nonverbală, mai ales la finalul unei şedinţe terapeutice. Este reperul şi dovada unui demers terapeutic rotund, complet, încheiat.

III.9. Încă un pas spre împăcarea cu sine *(Şedinţa a zecea)*

Obiectivul terapeutic al acestei şedinţe rămâne acelaşi ca şi în şedinţa anterioară, adică explorarea părţilor neintegrate, rejectate ale personalităţii Alinei. Strategia de abordare este sensibil asemănătoare cu cea din şedinţa a opta; am solicitat-o astfel pe Alina să vorbească despre alte lucruri care nu-i plac şi pe care ar dori să le schimbe la propria persoană.

Alina: – Nu-mi place că sunt prea mică şi că... nu am vocabular bine... bine dezvoltat.

Alina a continuat explorarea prin exprimarea acestor două părţi prin *modelaj*. A simbolizat faptul de a fi prea mică printr-un băţ, pe care l-a descris ca fiind urât, mic, gras, „nu e la fel ca orice băţ", iar apoi a reprezentat faptul de a nu avea vocabular bine dezvoltat printr-un scaun caracterizat ca: strâmb, cocoşat şi foarte înalt.

Terapeutul: – Spune-mi acum despre băţ şi despre scaun.
A: – Sunt verişori.
T: – Sunt verişori... Hmm... Ce fac ei de obicei? Spune-mi despre ei!
A: – Băţul doarme, iar scaunul stă toată ziua cocoşat... nu lucrează nimic.
T: – Hmm... Spui că băţul doarme. Ce visează el?
A: – Că era mai subţirel, mai frumos...
T: – Alina, hai să ne jucăm de-a „visul băţului".
A (*în timp ce modelează*): – Se făcea că era un băţ urât şi gras. Şi mic, mic de tot, care se modela singur şi se făcea mai frumooos, mai subţireel... Mie... aşa îmi place să-l fac... Şi la toată lumea îi plăcea de el... Pot să vorbesc cu el?

Iniţiativa sa de a interacţiona cu această parte m-a surprins în mod plăcut.

T: – Vorbeşte cu el, Alina!
A (*ca băţ*): – Vai, ce frumos m-am transformat!
T: – În timp ce visam că mă transform, m-am transformat într-adevăr. Cum s-a întâmplat asta?
A (*către băţ*): – Păi... ai visat... şi eu ţi-am promis că te voi transforma... că te voi reface înapoi, să fii slăbuţ... frumos...
T: – Cum l-ai transformat, Alina?

Această întrebare facilitează descoperirea strategiei personale transformative şi implicarea activă a resurselor. Apoi, dramatizarea acţiunii transformative permite externalizarea acţiunilor interioare care se petrec simultan la mai multe niveluri: interior-exterior, conştient-inconştient, corporal, verbal şi comportamental, perceptiv (prin perceperea fiecărei etape acţionale), cognitiv (prin activarea operaţiilor intelectuale) şi imaginativ (stimularea procedeelor imaginaţiei), într-o dinamică deosebit de complexă cu rol de proiectare, de reconfigurare a unui nou pattern personal adaptativ.

A: – L-am cioplit... cu toporul... Vrei să-ţi arăt?... (*simulează cioplirea băţului*) Ciu... ciu... ciu... Gata! Acum e deştept, frumos... şi... şi... foarte... iubitor.
T: – Bine, Alina! E frumos, deştept şi foarte iubitor. Ce-ar vrea el să facă de acum înainte, ce-şi propune?
A: – Să aibă un văr. El şi-a dorit atât de mult, încât... vrea neapărat să aibă un văr, scaunul e vărul lui.

Alina ia scaunul modelat şi se îndreaptă cu el spre băţ, ca şi când ar păşi, însă scaunul avea doar un picior, deoarece celelalte 3 căzuseră, iar Alina nu a ţinut să le lipească din nou. Ulterior, va explica faptul că scaunul este şchiop tocmai pentru a-i atrage atenţia vărului său, băţul, că este suferind sau handicapat, adică să sugereze faptul că are nevoie să fie ajutat. Iată cum a decurs întâlnirea celor doi veri:

A (*ca băţ*): – Ce faci, măi? ? (*întreabă pe un ton surprins şi bucuros, ca şi când s-ar fi întâlnit cu un vechi cunoscut*) Aaa... nu... Cine eşti tu? (*surprinsă, dar cu o atitudine retractilă, ca şi când nu l-ar fi văzut niciodată*)

A (*ca scaun*): – Sunt vărul tău, cel şchiop şi urât.

A (*ca băţ*): – Tuuu? ! Să fii vărul meu? ? ! !

A (*ca scaun*): – Da, e adevărat!

A (*ca băţ*): – Atunci vino încoace să te fac din nou scaun frumos!

T: – Deci băţul îl ajută pe scaun...

A: – Să fie înapoi. Îi face alt spătar... Uite, băţul aduce cuie, lemne, ciocan... ce-i trebuie. Îi face alt spătar. Dar nu-i face picioare; acuma e într-un picior, ştii de ce? Pentru că e scaun din ăla de care se roteşte.

T: – E un scaun mai deosebit deci... Băţul a făcut un altfel de scaun, unul care are un picior şi se roteşte.

A (*stând pe gânduri*): – Da... cam aşa... ba nu... mai vin încă trei picioare, pentru că dacă are un picior şi se rupe e... mai greu... nu va mai fi aşa de frumos.

Alina dovedeşte de această dată o mare capacitate de resemnificare şi de flexibilitate în acest proces al descoperirii noilor sensuri, capacitate concretizată în uşurinţa cu care parcurge diferite stări.

T: – Bravo, Alina! Ce smimte băţul faţă de scaunul pe care l-a făcut aşa de frumos?

A: – E mulţumit şi... aşa... încântat de vărul lui.

T: – E mulţumit şi încântat... dar scaunul, ce simte faţă de băţ?

A: – E şi mai mulţumit.

T: – Amândoi sunt mulţumiţi. Bine. Modelează-i acum astfel încât să se vadă că amândoi sunt mulţumiţi.

A (*aşază cu grijă băţul pe scaun, iar apoi, apăsând uşor băţul, face ca cele două culori de plastilină să se amestece la linia de contact dintre cele două modelaje*): – Aşa.

T: – Aşa. Spune-le ceva!

A (*mângâindu-i*): Ce bine! Mă bucur pentru voi că v-aţi împăcat!

T: – Mângâie-i, bucurându-te că sunt împăcaţi. Bine. (*După o scurtă pauză am adus pe masă, lângă cele două modelaje, cele două palete, rezultat al travaliului terapeutic din şedinţa a opta, apoi am continuat.*) Acum, hai să le punem pe toate una lângă alta şi să le privim. Nu ştiu cum s-a întâmplat că înainte toate erau strâmbe, urâte, iar acum sunt frumoase, deştepte... uită-te la cele două palete care sunt împăcate, la scaun şi la băţ care sunt mulţumiţi. (*Alina le priveşte încântată*) Cum ai reuşit să faci asta, Alina?

A: – Trebuia să-i învăţ cum se împacă două surori, doi veri... un frate cu... fratele lui sau cu sora lui...

Este ca şi cum Alina exersează repetat, în mai multe variante, „lecţia împăcării cu ea însăşi", articulând în interiorul fiinţei sale elemente ale căror sensuri personale sunt acum noi, diferite, dătătoare de fluenţă interioară; este ca şi cum ar învăţa curgerea pentru „a deveni râu", aşa cum se va întâmpla metaforic (simbolic) în ultima şedinţă.

T: – Tu i-ai învăţat cum să se împace. Bine. Te rog, Alina, să-i desenezi pe toţi împăcaţi şi mulţumiţi, aşa cum sunt acum.

După ce i-a desenat, am rugat-o ca, pentru conştientizarea transformării, să-i mai descrie o dată insistând asupra fiecărei caracteristici pozitive în parte. Apoi, după ce

Alina a mărturisit că cel mai mult îi place scaunul, am optat pentru modalitatea obiectivării, adică a exprimării aceluiași conținut psihologic la nivel concret.

Aceasta este o fază de externalizare obiectuală și situațională, deopotrivă ca acțiune concertată, ce se referă la efectul terapeutic al mai multor ședințe. În această fază, pentru fiecare modelaj Alina a descoperit un corespondent obiectual, iar pentru fiecare obiect a stabilit un loc anume, oferind un sens propriu în situația concretă. Aceasta ar putea reprezenta un fel de situație-cadru unificatoare, care va continua cu încă alte acțiuni, al căror scop va consta în „adâncirea" și intensificarea gradului de unificare. Urmează cel mai important moment unificator, cel mai complex și complet, fiecare secvență unificatoare, prefigurată până acum, fiind în plin proces de a fi continuată și completată cu altele. După ce vom urmări cum s-a desfășurat dialogul, voi reveni asupra acestei idei, prezentând „pașii" principali ai traseului psihoterapeutic parcurs.

T: – Ai vrea să fii scaunul. Să zicem că ești chiar scaunul pe care stai. Care este bățul pe care-l ții în brațe?

A: – Stiloul ăsta!

T: – Hmm... (*îi aduc apoi două rachete de badmington*) Iar paletele sunt aici, legate, așa cum le-ai făcut tu. Să zicem că scaunul, bățul și paletele ar avea suflet, ar fi ca niște oameni, ar vorbi, ar simți, de altfel tu mi-ai spus că sunt deștepți, mulțumiți ca și oamenii. Ce spune scaunul?

A (*ca scaun*): – Ce faceți?

A (*ca palete*): – Bine, dar tu?

A (*ca scaun*): – Eu... foarte bine... și cu vărul meu, bățul...

T: – Alina, arată-mi că atât paletele, cât și scaunul și bățul fac bine. Poți să nu vorbești.

Alina a rearanjat mai bine obiectele pe scaun – stiloul și rachetele, astfel încât fiecare să fie în contact cu fiecare.

T: – Acum fii scaunul, bățul și paletele la un loc și așază-te chiar tu într-un fel care să sugereze că faci bine... (*Alina se mută în centrul camerei și stă în picioare, cu mâinile pe lângă corp, cu spatele drept, dar relaxat, privindu-mă; la rândul meu, mă ridic și fiind față în față cu ea, la o distanță medie, preiau postura sa.*) Așa? (*Îi ofer astfel posibilitatea de „a se privi în oglindă" și de a se asigura o dată în plus dacă între expresia ei corporală și starea de bine pe care o simte există o concordanță.*) Hmm... Bine.

Iată acum „pașii" traseului unificator, așa cum a decurs acesta în ședințele respective:

1. Operații și acțiuni conective

Stimularea clientului în a imagina un dialog minimal pentru exprimarea verbală a noii stări obținute (să ne amintim aici de expresia „Dragă surori" din ședința a opta, de personajul „Împreună" din ședința a noua și de starea de bine resimțită de „protagoniștii" prezentei ședințe).

2. Conectare creatoare și afectivă

Exprimarea nonverbală a stării de confort psihologic, de mulțumire, prin manipularea obiectelor purtătoare de noi semnificații care, prin simpla lor prezență, pe baza acțiunii perceptive în sine, contribuie la menținerea stării de unificare (să ne amintim de modul în care Alina a reordonat obiectele pentru a le crea un contact deplin, complet, între ele). Specificul acestui „pas" este interacțiunea completă.

3. Transferarea acestei situații exterioare în spațiul său personal (internalizarea), obținându-se un răspuns-ecou al stării de unificare externalizate nonverbal, postural.

Până aici constatăm că fiecare „pas" se înscrie într-o conexiune ciclică:

- dinspre interior;
- trecând prin exterior (desen, modelaj, joc de rol etc. în acţiuni terapeutice specifice, restructurative);
- revin asupra interiorului, preluând în acest spaţiu întreaga bogăţie a experienţelor din faza precedentă (internalizare).

Prin asimilarea experienţelor de tip exterior, în acest „pas", starea de unificare câştigă amploare şi intensitate (de aceea am utilizat expresia „răspuns-ecou"). O dată atins acest moment, conexiunea iniţial ciclică va avea tendinţa de extindere şi de îmbogăţire, consecinţa fiind transformarea conexiunii ciclice într-una de tip „spirală".

4. Preluarea posturii de către terapeut („postura" semnificând expresia unificată, aflată totodată în curs de „desăvârşire" a unificării) printr-o acţiune de tip „reflectare în oglindă". Se deschide astfel o a doua conexiune ciclică, pe baza relaţiei dintre client şi terapeut, care ciclicitate se va desfăşura în paralel cu prima, potenţând efectul acesteia.

5. Înscriindu-se din punct de vedere psihologic în această relaţie ciclică, participând activ, clientul va obţine efectul unei imagini amplificate pe o altă dimensiune; de această dată şi astfel se va crea un „dans" sincron, desfăşurat la două niveluri: intrapersonal şi interpersonal, niveluri aflate, la rândul lor, într-o interconexiune deplină, profundă, totală.

III.10. Uşa dinspre lac (*Şedinţa a unsprezecea*)

Obiectivul ultimelor trei şedinţe, aceasta fiind prima din respectiva serie, va fi orientarea cu precădere asupra *resurselor de „creştere" personală, în sensul activării* maximale a acestora. Având în vedere procesul „înscrierii" psihologice în ciclul evolutiv al ordinii naturale, proces declanşat mai ales în şedinţa a şaptea, ne aşteptăm ca atingerea obiectivului mai sus menţionat să continue şi să se menţină. Ceea ce va face posibilă nu numai menţinerea pe termen îndelungat a efectului terapeutic, dar şi capacitatea acestuia de a se „autoîntreţine" este declanşarea *procesului de „renaturalizare"*, acesta fiind scopul primordial al Terapiei Experienţiale a Unificării (Mitrofan, coord., 2000).

Desfăşurarea acestei şedinţe a avut ca moment de „start" o situaţie concretă în care am observat că Alina era preocupată excesiv de faptul ca uşa camerei să fie închisă, chiar încuiată. Presupunând că această situaţie este o metaforă prin care Alina doreşte să comunice ceva anume, am introdus tehnica metaforică a analogiilor, cu atât mai mult cu cât, prin intermediul acesteia, aveam posibilitatea de a surprinde o „imagine" diagnostică în ceea ce priveşte pozitivarea imaginii de sine (obiectiv al şedinţelor precedente).

Terapeutul: – Alina, dacă tu ai fi o cameră, ce fel de cameră ai fi?

Alina (*cu încântare*): – Sufragerie.

T: – Imaginează-ţi acum că eşti o sufragerie... Sufragerie, vrei să-mi povesteşti despre tine?

A: – Da. Sunt frumoasă, cu tablouri... am tablouri, dar nu le pun încă.

T: – Nu le pui încă pentru că...

A: – Aştept să mă fac şi mai frumoasă!... Sunt zugrăvită, am perdele, am televizor... color, mobilă...

T: – Sufragerie, ce-ţi place cel mai mult la tine?

Să ne amintim aici de două alte momente terapeutice care vizau aceeaşi realitate psihologică:

- în şedinţa a şaptea, atunci când am întrebat-o ce crede despre sine, răspunsul a creat o mare tensiune interioară;
- în şedinţa a opta, când am solicitat-o să-mi spună câteva lucruri care-i plac foarte mult la ea, răspunsul a fost complet negativ.

A: – Că sunt curată.

T: – Îţi place că eşti curată. Hmm... Cum este uşa ta?

A: – Lustruită, vopsită, are clanţa bună, se închide de trei ori.... cu trei yale; ştii, mie nu-mi place cu două... pentru că se deschide prea uşor, oricine poate să intre. Unii oameni se aşteaptă să se deschidă uşor a doua oară, puţini ştiu şmecheria asta cu trei yale...

În răspunsul Alinei apare un prim indicator („trei yale") al unui posibil nivel crescut de anxietate. Ipoteza constă în faptul că această anxietate se exprimă în expectaţii negative faţă de persoanele cu care intră în contact.

T: – Tu ai o uşă care se închide de trei ori pentru ca oamenii care ar veni să intre să nu poată. Hmm...

A: – Da, se închide de două ori pe dreapta şi o dată pe stânga.

T: – Este foarte interesantă uşa ta! Mai spune-mi despre ea!

A (*râde*): Mi-a venit o idee în cap: o uşă groasă, dacă cineva vrea să o spargă sau să o găurească, nu poate... pentru că e groasă. Sus se închide de trei ori, iar jos de patru; şi am şi un lanţ de siguranţă ca să nu deschizi toată uşa deodată.

Aceste elemente descriptive de întărire suplimentară a accesului la sine confirmă ipoteza sus menţionată.

T: – E important pentru tine să nu deschizi toată uşa deodată.

A: – Da, pentru asta am şi vizor la uşă.

Alina este conştientă astfel de importanţa unei selectivităţi relaţionale, în sensul de a avea control asupra „permeabilităţii" sale privind „schimburile" de la nivel interpersonal. Dacă însă această selectivitate devine prea accentuată, transformându-se în prudenţă interpersonală, presupunem că ea va declanşa mecanisme suplimentare (nevrotice) de apărare, substratul fiind anxietatea de relaţie.

T: – Ai şi vizor. La ce-ţi foloseşte ţie vizorul?

A: – Să văd dacă e cineva cunoscut sau străin. Dar cel mai mult îmi place că sunt groasă... adică aşa... solidă.

T: – Solidă. Hmm...

A: – Vrei să-ţi spun cum mai sunt eu?

T: – Spune-mi cum eşti tu faţă de celelalte camere din casă!

A: – Mai mare, mai dezvoltată!... Că astea din jur sunt mai mici. Eu sunt o încăpere mare... şi mai frumoasă decât celelalte... că mai sunt trei camere, în afară de mine.

T: – Mai sunt încă trei, iar tu eşti cea mai frumoasă.

La un moment dat, oprindu-se din descriere, Alina se scuză pentru că vorbeşte prea mult.

A: – Nu te supăra pe mine pentru că vorbesc! (*şi pe nerăsuflate, continuă, fără să aştepte răspunsul meu*) Poate nu te superi, dar aşa întreb eu pe cineva atunci când vorbesc prea mult; mereu întreb... că nu vreau să se supere.

T: – Nu vrei să se supere. De ce crezi că s-ar putea supăra?

A: – Că poate am greşit. Nu ştiu...

T: – Hai să ne jucăm de-a supărarea! Să zicem că aici este un om care s-a supărat pe tine. Poţi să-ţi imaginezi asta? (*Alina înclină capul, aprobând*) Ce simţi ştiind că s-a supărat pe tine?

A: – Sunt şi eu supărată. Şi nu ştiu de ce nu înţelege!?

T: – Oare de ce nu înţelege că...

A: – ...că eu nu vreau ceva... că unele lucruri ar trebui schimbate... să mă înţeleagă...

Alina se exprimă confuz; este un moment în care devine evidentă nevoia sa de clarificare pe următoarele direcţii:

- afectivă (explorarea conştientă a emoţiilor şi sentimentelor);
- motivaţională (expectaţii, nevoi, interese, aspiraţii etc.);
- cognitivă (gânduri asociate acestei situaţii);
- comportamentală (ceea ce face);
- acţional-motivaţională (ceea ce are nevoie să facă).

Următoarea întrebare clarificatoare vizează latura afectivă.

T: – Te simţi neînţeleasă?

A: – Şi atunci stau să mă gândesc.

Sesizăm acum că prin modul în care Alina „se strecoară", evitând să răspundă întrebării referitoare la ceea ce simte, evită de fapt să intre în contact conştient şi intenţionat cu propriile trăiri. Pare a fi mai facil pentru ea să se lanseze într-o abordare de tip cognitiv; poate că este o rezistenţă a cărei dizolvare se va produce în timp. Astfel, „pornesc" alături de ea, însoţind-o pe firul gândurilor.

În decizia de a aborda astfel situaţia (predominant cognitiv, „ignorând" primele două niveluri), ca terapeut este necesară menţinerea unui echilibru între două variabile:

1. elementul de importanţă maximă în luarea deciziei (aflat în stare de uşoară confuzie, de debusolare, clientul se va canaliza, se va orienta spre „zona" cu gradul cel mai mare de claritate sau cu probabilitatea cea mai înaltă de a fi clarificată);
2. riscul menţinerii şi continuării stricte pe această direcţie, „hrănirea" rezistenţei deci, amplificarea şi întărirea ei, ceea ce se va concretiza într-un discurs dens, dar totodată difuz, neorientat, fără posibilitate de finalizare din punct de vedere terapeutic.

T: – Te gândeşti. Ce-ţi trece prin minte?

A: – Că omul ăsta e neînţelegător, că e la fel ca orice om.

T: – Orice om e neînţelegător, Alina?

A (*Pe un ton a cărui convingere m-a surprins*): – Da.

T: – Alina, hai să vorbim despre acest om care nu te înţelege, care este la fel ca orice om. Cum este el?

A: – Ca un necunoscut... nu mai ştiu.

Deoarece Alina a eşuat pe „culoarul" cognitiv, nereuşind să descrie acest om, am revenit la metafora de bază, aceea a sufrageriei şi a uşii. I-am propus deci să intre din nou în rolul sufrageriei şi să vorbească despre acel om.

A (*ca sufragerie, despre necunoscut*): – Este ca un străin, este un hoţ.

T: – Bine, este un hoţ deci. Vrei să-l descrii puţin?

A: – Este urât, că e rău, se răsteşte, e nervos... nu vorbeşte calm, frumos şi vrea să fure din casele oamenilor...

T: – Ce simţi tu sufragerie, în faţa acestui om?

A (*ca sufragerie*): – Eu ştiu că e aici, că eu mă uit mereu în jur, sunt atentă la tot ce se întâmplă în jurul meu... să văd dacă mă pândeşte cineva... şi acum am văzut că se apropie.

Iată că și de această dată, atunci când este foarte aproape de a-și exprima trăirile, Alina are tendința de a evita, oferind un răspuns legat de nivelul comportamental („știu", „mă uit", „sunt atentă", „văd"). Acest răspuns corespunde mai degrabă întrebării: „Ce faci atunci când...?". Impasul terapeutic este evident, mai ales că, prin acest ultim răspuns, ne situăm la un nivel și mai îndepărtat față de cel anterior, cognitiv.

Alina, aflată în plin scenariu, continuă:

A (*ca sufragerie*): – Chem Poliția. Că el se apropie... și anunț o spargere.

Cu dezinvoltură, Alina simulează că sună la Poliție și anunță o spargere, despre care relatează cu lux de amănunte:

A (*ca sufragerie*): – Veniți, că un hoț a intrat deja în casă și acum fură... uite-l cum caută!... vede un ceas de aur, lucruri de valoare... (*enumeră mai multe obiecte*)

T: – Ce caută hoțul, ce-ar vrea el să fure în primul rând?

Uneori, o modalitate eficientă de a-l ajuta pe client să se clarifice este decentrarea, adică acțiunea de a-l deconecta de la dificultatea sa și, schimbând rolul, de a se raporta mai obiectiv, „din exterior", la sine însuși. De multe ori, această tactică acționează ca un lubrifiant în procesul terapeutic prin topirea rezistenței și accesul la resursele personale.

A (*ca sufragerie*): – Ceva scump. Dar eu am ascuns tot ce am putut la mine în ușă, înăuntru.

Iată încă un element, dacă mai era nevoie, care să confirme ipoteza inițială. Este ca și cum de la începutul ședinței, Alina, în mod repetitiv, obsesiv, își transmite sieși mesajul: „Mi-e frică de ceilalți", iar o altă parte a personalității sale refuză la fel de obsesiv „să-l audă", să-l asculte, să-l accepte. Este un fel de mecanism al „autoînșelării", adică Alina se păcălește pe sine. Oare cine este hoțul? Ce lucruri de valoare vrea el să fure? Și cui?

T: – Ce vrei să spui?

A (*ca sufragerie*): – Am luat tot ce e scump și am ascuns la mine în ușă. Aici, în interior... unde e ea groasă... Le-am băgat aici, câte au încăput, și hoțul nu poate lua.

T: – Bine. Fii hoțul.

Urmează acum interacțiunea dintre sufragerie și hoț.

A (*ca hoț*): – Dar cine le-o fi luat? Că parcă le-am văzut pe geam, înainte să intru!? Eh! O să mai caut!

T: – Fii sufragerie! Hoțul caută, caută...

A (*ca sufragerie*): – N-o să le găsești niciodată! Sunt foarte bine ascunse!

T: – Înțeleg că ții mult la lucrurile astea!

A (*ca sufragerie*): – Foarte mult!

T: – Care este lucrul la care ții cel mai mult?

A (*ca sufragerie*): – Sufletul meu... (*cu dezamăgire în glas*) Dar asta nu e important.

T: – Nu e important!? Spune-mi ceva ce e important!

A (*ca sufragerie*): – Despre hoțul ăsta, că e rău, înjură... are o înfățișare urâtă... e ca un crocodil. Îi mușcă pe oameni. La fel e și hoțul, fură de la oameni și asta înseamnă că mușcă.

Alina, din punctul său de vedere, are dreptate. Este ca și cum ar întreba: „Cât timp mă voi păcăli furându-mi dreptul de a mă simți confortabil cu mine însămi?". Și pentru că Alina a apelat la această analogie în exprimarea dificultății sale, consider că aceasta va facilita reorientarea asupra propriilor sentimente.

T: – Bine, Alina! Hai să zicem că acest crocodil este acum în fața ta. Privește-l! Ce simți față de el?

A: – Să nu deschidă gura să mă muște. Că, știi, crocodilii stau pe apă și nu le vezi decât capul și zici că stau cuminți. Dar ei te pândesc... și când nu te aștepți deschid gura și te mușcă.

Observăm că din răspunsul Alinei lipseşte prima parte, adică – conform logicii psihologice – acesta ar fi trebuit să sune astfel: „Mi-e frică sau mi-e teamă să nu deschidă gura...". Presupun că Alina este foarte aproape de posibilitatea de a-şi exprima verbal anxietatea, aşa că revin cu întrebarea:

T: – Şi ce simţi faţă de ei?

A: – Că trebuie să fiu atentă!

T: – Alina, îţi propui să fii atentă... pentru că simţi...

A: – Că-mi vine să-i dau cu ceva în ochi! Cu Flit!

T: – Alina, crocodilul este în faţa ta, iar tu ai nevoie să fii atentă şi îţi vine să-i dai cu Flit în ochi pentru că ceea ce simţi faţă de el este...

A (*parcă deconectată de ceea ce am întrebat-o, dar în continuarea gândurilor sale*): – Să-i leg gura... ca să nu se mai deschidă!

T: – Bine, Alina! Leagă-i gura! Cu ce i-o legi?

A: – Cu o sfoară. Îl leg de jur împrejur.

T (*ca şi când aş fi glasul său interior*): – „Te leg cu o sfoară pentru că simt faţă de tine..."

A: – Că mă înfricoşezi cu colţii tăi şi cu gura ta mare.

T: – „Mă înfricoşezi, crocodilule!" Spune-i crocodilului ce simţi în prezenţa lui!

A: – Nu pot, că mi-e frică. Vreau doar să-l leg mai repede.

T: – Spune-i, în timp ce-l legi, că în faţa lui nu-ţi poţi recunoaşte frica! Că nu poţi vorbi cu el!

A: – Vreau doar să te leg... aşa... fedeleş... Nu pot să-ţi spun nici un cuvânt, că mi-e frică să zic ceva... şi te dau la Poliţie.

Jucând acest scenariu, faţa i-a devenit palidă. Acest moment este trăit maximal de Alina, deoarece ea se află faţă în faţă cu incapacitatea de a-şi recunoaşte frica. Parcă i-ar fi frică de propria frică, trăind într-un cerc vicios al fricii care o blochează în exprimare.

A: – Poliţia este un alt animal tot aşa de tare ca şi crocodilul... este un rechin... vine rechinul, îl ia de coadă... şi pleacă cu el... şi în drumul lui îl înghite pe crocodil.

T: – Încotro merge rechinul?

A: – În adâncul apei, că aici e un lac murdar... cu nisip, cu alge... cu mizerii...

Probabil că rechinul îl înghite pe crocodil pe baza aceluiaşi mecanism psihologic prin care uşa a „înghiţit" toate valorile sufrageriei atunci când s-a apropiat hoţul. De asemenea, rechinul, la rândul său, este „înghiţit" de lacul murdar. Este un mecanism nevrotic de apărare; ce-ar fi să ne imaginăm că această acumulare şi „îngropare" a ceea ce este ameninţător, rău, murdar etc. se petrece repetat, la nesfârşit? De exemplu, lacul cel murdar este „înghiţit" de un pământ mocirlos, care este „înghiţit" de un vulcan, care va fi „devorat" de un munte, iar apoi va fi „înecat" într-un ocean, care se va extinde „înghiţind" întregul Pământ; apoi, noianul de ape va stinge chiar Soarele de pe Cer, iar imensitatea apelor va stăpâni Lumea. Care Lume? Care viaţă? O lume ce se hrăneşte din întuneric. Parcă „vedem" cum „înghiţirea" cuprinde repetat, element după element, devenind un bulgăre ce creşte, rostogolindu-se nu la vale, ci în jurul propriului său ax, al murdăriei, al hoţiei, al ameninţării, al întunericului. Dar această dinamică parcurge, prin consonanţă simbolică, aceleaşi etape ale denaturalizării la nivel intrapsihic; iar acest „bulgăre al mizeriei personale" riscă să cuprindă întreaga fiinţă, înlocuind-o, făcând-o să se confunde cu el. Stop!

Exerciţiul de imaginaţie a luat sfârşit! Scuturându-ne de acest coşmar, să ne întoarcem la Alina, încercând să o ajutăm pentru a nu-şi transforma întreaga viaţă într-un coşmar cotidian. Ce se poate face? Să privim cum trăieşte o frunză! Prin ce miracol transformă ea

dioxidul de carbon (hrană pentru ea, dar otravă pentru noi – ce perfecţiune!) în oxigen (otravă pentru ea, dar hrană pentru noi)? Vă invit să medităm din când în când asupra acestui proces de igienizare şi de purificare interioară! (*Meditaţii creative*, I. Mitrofan).

T: – Deci rechinul îl duce pe crocodil spre adânc. Tu ce faci? Unde eşti?

Prin această întrebare încerc să activez acea poziţie de „martor" care să o ajute pe Alina să se raporteze cu un plus de obiectivitate, devenind conştientă şi de alte „zone" ale spaţiului său interior.

A: – Eu sunt pe malul lacului.
T: – Ce vezi aici, pe malul lacului?
A: – Stau pe iarbă... sunt mulţi pomi... verzi, e soare şi eu fac plajă. (*râde*)

Imaginându-se „pe malul lacului" este ca şi când ar respinge accesul la ceea ce se află pe fundul lacului. Alina se orientează spre împrejurimi. „Lacul" ar fi o interfaţă între *interiorul întunecat* (inconştient) al „lumii adânci, murdare, cu rechini (salvatori, în acest caz) şi crocodili ameninţători" şi *exteriorul* (conştientul) *luminos* (soare) şi *viu* (iarbă, pomi). Dar lacul, apă necurgătoare, stătută, fără capacitate proprie de igienizare, depinde de ploaie, de aer, de soare, de pământ. Câtă ploaie ar trebui să „înghită" acest lac murdar pentru a se curăţa? De câte vijelii ar avea el nevoie pentru a fi vânturat, aerisit? Iar razele soarelui cum să pătrundă spre adânc pentru a-i cauteriza mizeria? Şi pământul câte alge putrede să absoarbă? Adică acest lac ar putea să descopere modalitatea de „autoprimenire", de „autolimpezire"?

T: – Înţeleg că stai întinsă la soare. Ce simţi?
A: – Că mă încălzesc şi e bine.

Resursa de bază a Alinei, căldura şi lumina soarelui, revine şi de această dată. Probabil că soarele şi lacul vor avea o discuţie într-o zi.

T: – Hmm... Ce altceva mai vezi?
A: – O căprioară care aleargă printre pomi.
T: – Ce simţi, privind-o?
A: – Îmi place... că... e blândă, e bună la suflet, e miloasă... şi eu sunt tot ca ea... foarte... foarte... iubitoare.

Alina contactează acum cu resursele sale care o susţin în conturarea unei personalităţi „dezirabile". Cel puţin cu scop orientativ şi programativ, acum, la finalul şedinţei, Alina poate experimenta această stare spre care aspiră.

T: – Fii căprioara! Cum aleargă căprioara printre pomi?
Alina se ridică voioasă şi aleargă săltat, asemenea unei căprioare.
T: – Ce simţi acum, căprioară?
A (*în rol de căprioară*): – Că sunt... foarte... liberă.
T: – Bine, căprioară! Aleargă în continuare şi bucură-te de libertate!... Spune-mi ce-ţi propui să faci, liberă fiind? Ce vei face peste o jumătate de oră?
A (*în rol de căprioară*): – Să mănânc iarbă.
T: – Bine, dar peste două zile?
A (*în rol de căprioară*): – Să fac o petrecere cu alte căprioare!
T: – Dar peste trei săptămâni?
A (*în rol de căprioară*): – Să-mi fac un alt culcuş, o altă vizuină, mai... curată şi mai luminoasă.

Replica finală a Alinei a fost emoţionantă pentru mine, deoarece adaptând-o la metafora lacului (lacul devine culcuşul căprioarei), citesc printre rânduri că Alina este pregătită pentru *altceva* (alt culcuş, altă vizuină), care să fie *curat* (altfel decât este acum lacul ei) şi *luminos* (adică accesibil, conştient sau conştientizat).

III.11. Lupta cu smoala (*Şedinţa a douăsprezecea*)

Această şedinţă continuă travaliul terapeutic din şedinţa precedentă şi ceea ce este interesant şi surprinzător constă în faptul că Alina s-a orientat spre aceeaşi dificultate personală, dar într-un mod ocolit, aş îndrăzni să cred, neconştientizat.

A început prin a relata despre o întâmplare petrecută cu câteva zile în urmă; din istorisirea sa am reţinut aceeaşi preocupare a Alinei pentru ca nu cumva cineva, oricine ar fi, să se supere pe ea. Sesizez că se repetă pas cu pas o secvenţă din şedinţa anterioară, în care am solicitat-o să explorăm puţin trăirile sale în faţa unei persoane care se supără pe ea.

Amintesc faptul că, în şedinţa precedentă, ajungând în acelaşi punct al dialogului, Alinei i-a fost extrem de dificil să exprime verbal şi să recunoască faptul că „piedica" sa cea mai importantă era frica şi mai ales faptul de „a-şi pune ea însăşi piedică" (vezi şedinţa a unsprezecea). Amintesc, de asemenea, de tendinţa sa de a se raporta mai degrabă cognitiv şi comportamental decât afectiv. Dar chiar şi pe această cale a realizat un contact iniţial (este adevărat, mult intermediat, blocat parţial) cu propria anxietate pe care o stârneşte contactul cu ceilalţi.

Alina povesteşte despre acea întâmplare; la un moment dat se opreşte din relatare, scuzându-se pentru debitul său verbal şi exprimându-şi dorinţa de a nu mă supăra pe ea.

Alina: – Dar să nu te superi pe mine!

Terapeutul: – Să nu mă supăr pe tine?

Ne privim pentru câteva secunde, eu întrebând-o din priviri ce anume doreşte să spună, iar ea implorându-mă parcă să nu o dezamăgesc prin supărarea mea.

T: – Alina, ce simţi atunci când cineva se supără pe tine?

Alina tace.

T: – Alina, acolo este un om care tocmai s-a supărat pe tine (*îi arăt o haină din cuier, sugerându-i ideea că acea haină ar putea fi acel om*). Este foarte supărat pe tine. Priveşte-l cu atenţie şi vezi cât e de supărat!!

A: – Da, îl văd.

T: – Ce simţi acum, Alina?

A: – Parcă sunt şi eu supărată.

T: – Parcă eşti şi tu supărată. Bine. Cum este supărarea ta, Alina, cum o simţi?

Alina priveşte în jos şi tace. Culoarea feţei sale devine lividă.

Poate că, graţie şedinţei trecute, în această şedinţă Alina s-a orientat din nou asupra problemei sale. Astfel, demersul terapeutic a devenit mai centrat pe sfera afectiv-motivaţională, printr-o abordare mai directă, nemijlocită.

T: – Dacă ar fi ca supărarea ta să semene cu ceva, cu ce ar semăna ea, cum ar fi?

Am introdus tehnica metaforică întrucât am sesizat o mare dificultate a Alinei de a se exprima verbal.

A: – Este ca şi când aş avea smoală pe mine.

T: – Ca şi când ai avea smoală pe tine... Hmm... Spune-mi mai mult despre asta!

A: – Este aşa în jurul meu, e în toată camera (*gesticulează foarte expresiv, arătându-mi „smoala" din jur*).

T: – Hmm... este în jurul tău. Înţeleg că acum eşti într-o cameră cu smoală.

A: – Da.

T: – Alina, rămâi în camera cu smoală. Aşază-te aşa cum stai tu în smoală.

Alina stă pe scaun, cu umerii lăsaţi, adusă uşor de spate, dar cu capul sus şi cu gâtul întins înainte.

T: – Bine, stai în camera cu smoală şi spune-mi cum te simţi?

A: – Mă simt rău.

T: – Hmm... e rău. Spune-mi, Alina, până unde este smoala?

A: – E doar până aici, la gât, capul e afară.

T: – Aha, deci doar corpul este în smoală... Cum se simte corpul tău în smoală?

A (*răspunde rapid, fără să stea pe gânduri*): – Umilit.

Din poziţia sa corporală, descrisă mai sus, capul şi gâtul sunt orientate uşor spre înainte, şi din afirmaţia Alinei conform căreia „doar corpul este în smoală" presupun că între cele două părţi ale corpului – mai exact între corespondentele psihologice ale acestora în planul personalităţii sale – există un dezacord, un conflict, o tensiune (vezi limbajul corporal). Propun de aceea o „întâlnire", un minim contact între cele două părţi.

T: – Se simte umilit... Ce-ar vrea el să-i spună capului?

A (*corp*): – Măi, frăţioare, hai să facem schimb, măcar puţin să stai şi tu în locul meu, ca să mai ies şi eu la lumină!

Ascultând-o pe Alina, îmi revine în memorie imaginea din şedinţa trecută, în care lacul despărţea cele două lumi: exteriorul (extins, luminos şi viu) de interior (adânc, întunecat şi mizerabil). De această dată, gâtul este cel ce desparte lumina de întuneric.

A (*cap*): – Eeee, să-mi ard eu părul? Nu vreau! Să-mi stric ochii...

Pentru a decodifica mesajul Alinei putem lua ca reper simbolistica acestor elemente:

- părul – ca rădăcină şi ca relaţie cu „cerul", cu divinitatea, cu Universul;
- ochii – prin care se realizează cel mai dens şi bogat contact cu mediul exterior; o senzaţie vizuală conţine informaţii despre culoare, formă, dimensiune, relief (tridimensionalitate) şi luminozitate, având cea mai mare concentrare informaţională (90% din contactul nostru senzorial este de natură vizuală).

Alina exprimă astfel necesitatea psihologică de a rămâne conectată, metaforic vorbind, cu lumina (lumina divină sau lumina ochilor), dar realizează „ruptura", „decalajul" din propria fiinţă.

T: – Înţeleg că n-au căzut de acord. Capul nu vrea să facă schimb, nu vrea să iasă corpul la lumină. Oare ce-l face pe cap să-l refuze pe corp?

A: – Pe cap nu-l interesează de corp, ce dacă stă în smoală...!?... Să stea!

T: – Alina, corpul tău se simte umilit în smoală; de aceea el i-a cerut capului, care nu e în smoală, să-l ajute. Capul l-a refuzat. Cum se simte acum corpul tău?

A: – Nu ştie ce să facă, dacă nu vrea să-l ajute, ce să facă?... N-are decât să stea!

Este o variantă pe care Alina însăşi a ales-o. Ar fi foarte avantajos pentru ea să experimenteze această stare, devenind conştientă atât de părţile pozitive ale alegerii sale, cât şi de riscurile ei.

Doresc să precizez că, de obicei, în astfel de situaţii, clientul este stimulat şi susţinut de terapeut în căutarea unei soluţii la problema sa; în acest moment însă am considerat

că este mai important pentru Alina să verifice *din proprie inițiativă* decizia de „a rămâne în smoală" ; probabil că se va confrunta cu situația, va imagina strategii de rezolvare, le va experimenta, iar apoi va opta pentru aceea care i se va părea a fi cea mai adecvată. Am ales deci această atitudine terapeutică nondirectivă, de asistare a clientului, prin acceptare şi susținere nonverbală.

Alina a rămas mai mult timp în acea poziție, privindu-mă din când în când. A tăcut.

T: – Cum este Alina în camera cu smoală?

A: – Foarte... e foarte rău.

T: – E foarte rău deci.

Alina continuă să stea un timp nemişcată, iar apoi se relaxează pe scaun, sugerând că vrea să iasă din situația metaforică.

T: – Nu, Alina! Rămâi în camera cu smoală!

Alina revine la poziția inițială, strâmbându-se de nemulțumire.

T: – Aşa! Stai în camera cu smoală!

După o perioadă în care are mai multe tentative de a-şi modifica poziția corporală, tentative pe care le-am respins pe baza propriei ei decizii, cere puțină apă.

T: – Ai nevoie de apă. Dar cum vei bea, căci mâinile tale sunt în smoală?

Pentru câteva minute bune rămâne cu corpul nemişcat, iar apoi rosteşte pe un ton rugător: „Nu-mi place să stau aşa! Nu-mi place! !".

T: – Bine, Alina, ştii că nu-ți place să stai în smoală!

A: – Dă-mi puțină apă.

I-am dat apă, iar imediat după ce a băut a exclamat: „Vai, parcă sunt la închisoare!".

T: – Ai aflat că a sta în camera cu smoală este ca şi când ai fi la închisoare.

A: – Vreau să plece o dată smoala asta de pe mine! ! !

T: – Vrei să plece... Hmm...

A: – Cum să o dau jos?

Aproape că nu a terminat de rostit această întrebare şi a început să-şi mişte ritmic capul în stânga şi în dreapta, inițial mai lent, iar apoi din ce în ce mai rapid şi mai amplu.

T: – Ce faci, Alina?

A (*continuând tot mai amplu*): – Dau smoala jos de pe mine. Când eu scutur capul cade smoala de pe umeri.

T: – Hmm... Scutură capul! Înțeleg că între timp capul s-a hotărât să-l ajute pe corpul tău?

A (*scuturând capul în continuare*): – Nici nu m-am gândit la asta! Da, cred că au vorbit ei în tăcere.

După câteva secunde, Alina se opreşte.

T: – Ce se întâmplă acum?

A: – Smoala a căzut până aici (*indică zona pieptului*), acum scutur umerii, ca să cadă toată smoala de pe burtă, de pe mâini, de pe spate... (*se scutură*)

O încurajez nonverbal. Alina reuşeşte să scape de smoală, prin scuturare, până la şolduri; apoi, fără nici o întrerupere, se preface că smulge cu mâinile smoala de pe picioare şi o aruncă; atunci când ajunge la glezne se descalță de pantofi şi se urcă pe scaun.

A: – Acum, că tot nu mai am smoală, să ies mai repede de aici!

T: – Cum îți propui să ieşi?

A: – Mă cațăr (*şi face deja gestul de cățărare, ridicându-se în picioare pe scaun*).

T: – Pe ce te cațeri, Alina?

A: – Pe o scară!

T: – De unde ai scara, Alina? Mi-ai spus mai devreme că în cameră nu era nimic altceva decât smoală.

A: – Mi-a dat-o cineva... un bătrân... mi-a aruncat-o de sus.

T: – Bine, Alina, atunci cațără-te pe scară!

A: – Am ajuns sus, la tavan...
T: – Hmm... ai ajuns sus... Bine.
A: – Ies prin lumină.
Își alătură palmele strâns, întinde brațele, se ridică pe vârfurile picioarelor și, ridicând capul, cu ochii spre becul aprins, rostește de mai multe ori, ca o rugăciune.
A: – Ies prin lumină... Ies prin lumină.
O încurajez, fără să spun nimic, pentru că părea foarte „prinsă", foarte concentrată asupra cuvintelor rostite.
După un timp, Alina coboară lent, se așază pe scaun și oftează adânc.
A: – Ahhh!... (*pauză*)... Ăsta a fost un joc greu și urât.
T: – Cum te simți acum, Alina, după jocul ăsta greu și urât?
A: – Sunt obosită și aș vrea să mă bucur că am reușit să ies.
Alina zâmbește. Iar apoi continuă cu vocea plină și liniștită:
– Mă bucur...

În această ședință, Alina a demonstrat că poate descoperi în sine suportul transformativ. Această soluție personală pe care a aplicat-o într-un mod personal s-a asociat cu un consum energetic semnificativ. Dacă în ședința trecută energia sa era canalizată către a-și construi și hrăni rezistențele, acum ea se îndreaptă către a-și căuta și experimenta soluțiile.

III.12. Râul care curge spre soare (*Ședința a treisprezecea*)

În săptămâna care a trecut, Alina și-a amintit adesea de căprioara descoperită într-o ședință trecută; a mărturisit că uneori stătea întinsă în pat imaginându-se pe sine ca fiind acea căprioară „...și mai veselă, și mai îngrijorată...". Apoi, imediat după ce a vorbit despre trăirile căprioarei, a adus în discuție o întâmplare reală, concretă, legată de fratele său, întâmplare în care ea, Alina, s-a simțit „prost"; la un moment dat, utilizând expresia „nu mai avea nevoie de mine", s-a întristat, reținându-și lacrimile. După o scurtă pauză, a revenit la acea întâmplare neplăcută, expunând-o de această dată într-o manieră metaforică; își amintește de imaginea acelui lac mizerabil și de căprioara „de altădată" care era liberă, se încălzea la soare, își pregătea un alt culcuș; împărtășește acum aceeași dezamăgire a căprioarei „de azi" care stătea singură pe malul lacului, simțindu-se prost, pentru că în sufletul său era convinsă că cineva (important pentru sine, desigur) nu mai avea nevoie de ea.

După ce a rămas câteva secunde în contact cu sentimentul său de abandon, a întrebat:

Alina: – Putem să ne jucăm altfel? Poate vrei să-mi mai spui o poveste, cum mi-ai spus demult...?
Terapeutul: – Hai să spunem împreună povestea unui om abandonat!

Cu această propunere am preluat sugestia Alinei de a schimba jocul, eventual de a construi o poveste; ca urmare am invitat-o să se implice ea însăși în crearea acestei povești, al cărei subiect să-l constituie, din punct de vedere terapeutic, tentativa de dizolvare a rezistenței.

A: – Așa ca mine...
T: – Acum tu te simți abandonată?
A: – Da... așa mă simt.
T: – Atunci va fi ușor să inventăm această poveste!

A: – Nu putem să ne jucăm alt joc?... Că acesta nu e vesel, e... de supărare...

T: – Pentru tine a te simţi abandonată este ca o supărare. Te înţeleg.

A: – Da, ca o tristeţe, ca o... singurătate.

Alina se foieşte pe scaun, priveşte în jos şi, după puţin timp, exclamă cu indignare în glas:

A: – Nici nu pot să mă gândesc!

Acest ton oarecum disperat al Alinei mi-a sugerat că ar fi dificil, dacă nu imposibil, să continuăm travaliul terapeutic de abandon în aceste condiţii. I-am propus de aceea să se relaxeze şi, mizând pe faptul că este o persoană curioasă, uşor de incitat (ca mulţi copii, de altfel), am încercat să o motivez pentru a se reconecta la dialogul nostru.

T: – Uite, îţi propun să faci altceva... Ceva ce n-ai făcut niciodată.

Alina, plăcut surprinsă, mă priveşte interesată.

T: – Închide ochii. Doresc să-ţi imaginezi că în mintea ta ai un ecran la fel ca cel de la televizor. Televizorul din mintea ta este unul neobişnuit, imaginar.

A (*cu ochii închişi, aşteptând*): – Da.

T: – Bine. Televizorul este închis acum pentru că tu nu ai apăsat încă pe buton ca să-l deschizi. (*Alina zâmbeşte încântată.*) Atunci când vei apăsa pe butonul pentru „start" televizorul se va deschide, iar pe ecran va apărea o imagine.

A: – Da.

T: – La televizor există un alt buton pentru „stop", care face ca imaginea să rămână pe ecran. Dacă apeşi pe butonul pentru „stop", filmul se opreşte acolo unde vrei tu, iar pe ecran va rămâne o singură imagine. (*pauză*) Când vei deschide televizorul fii atentă la imaginea care apare, ţine-o minte, iar apoi apasă pe „stop", pentru ca ea să rămână pe ecran. Astfel o vei putea vedea mai bine, poate chiar detalii ale imaginii. (*pauză*) Te pregăteşti să deschizi televizorul. Voi număra de la 1 la 3, iar când voi spune 3 vei apăsa pe butonul pentru „start". Acum eşti gata pentru a deschide televizorul. 1... 2... 3... Deschide-l! Reţine imaginea. Acum apasă pe „stop". Bine. Ce imagine ai acum?

A: – O pădure cu nişte animale... foarte drăguţe... Pădurea e verde, copacii sunt deşi... pământul este umed.

T: – Ce animale sunt?

A: – Mai multe... Căprioara deci familia ei – căprioara şi iedul ei... veveriţe, iepuri... tot în familie. Mai este o găină cu puii ei, un curcan cu doi pui... şi cam atât.

T: – Atât. Acum apasă pe butonul pentru „start" pentru ca imaginea să prindă viaţă, să se mişte.

A: – Da.

T: – Ce vezi?

A: – Iedul sare... tot sare... este fericit... Toţi iepurii sar... de fericire. Puii curcanului... tot aşa, se joacă... iar puii găinilor se joacă între ei.

Observăm în intervenţiile Alinei trei aspecte deosebit de semnificative pentru validarea efectelor terapeutice:

- exprimarea verbală fluentă şi nuanţată, bogată în adjective este un indicator al „efervescenţei" emoţionale, al îmbogăţirii dispoziţiei afective;
- toate personajele-animale sunt împreună cu familia lor; să ne amintim de primele şedinţe şi de marile dificultăţi ale Alinei de a-şi reda grafic propria familie;
- toţi puii animalelor „sar" şi sunt „fericiţi". Alina a surprins un adevăr care poate fi uşor constatat: dacă privim modul în care merge un copil a cărui stare interioară este de mulţumire, de securitate emoţională, chiar de bucurie, vom observa o uşoară tendinţă de „salt" în mişcări, la fiecare pas. La unii adulţi se mai păstrează încă această caracteristică, dar în general exprimarea bucuriei sau pur şi simplu a unei

stări de bine interior este mult inhibată, amputată și alterată de normele sociale excesiv interiorizate. Revenind la puii animalelor din poveste, am putea afirma că pentru Alina s-a realizat contactul cu naturalul și naturaleţea exprimării, atât în interior, cât și în exterior. Dacă manifestarea comportamentală poate fi surprinsă în expresia „a sări de fericire", atunci suntem îndreptăţiţi să citim același mesaj în interiorul ființei sale: „Inima îmi tresaltă de bucurie". Alina descoperă astfel același salt energetic, la nivel afectiv și motor, desfășurat simultan și sincron, ca un puls al întregii ființe ce a reușit să vibreze în ritmul natural al Universului.

După această secvență, Alina povestește că iedul și toți ceilalți pui își propun să se joace împreună. I-am cerut să descrie cine cu cine se joacă, iar ea a luat spre exemplificare iedul, care se joacă în primul rând cu iepurii, dar și cu ceilalți pui. A continuat să descrie jocul lor, cu referire clară la ied. La un moment dat spune că toți puii pleacă, fără ca cineva să știe unde, iar iedul rămâne singur; puii nu mai vor să se joace cu el.

T: – Ce-i face pe pui să plece?

A (*cu voce stinsă*): – El nu e la fel ca ei, prea sare mereu, și e prea mare pentru ei... ei nu ajung la el.

Este vorba aici despre distanța psihologică pe care o percepe iedul (Alina) ca fiind între sine și ceilalți, dar și despre modul foarte diferit, inadecvat în care acesta se comportă, determinându-i pe ceilalți să-l evite, să-l neglijeze. Prin aceste metafore „e prea mare", „sare mereu" Alina dorește să semnaleze existența unui dezechilibru în relaționarea dintre sine și ceilalți.

T: – Ei nu ajung la ied, dar iedul ajunge la pui?

A: – Da, se apleacă și ajunge... dar ei se sperie... adică... nu că se sperie... fug de el.

T: – Ce simte el acum când puii au fugit de el?

A: – Supărat.

T: – Deschide ochii, dacă vrei!

A: – Nu.

T: – E supărat... Hmm...

A: – ...și părăsit.

Acesta este momentul în care problema personală a Alinei a reapărut, fiind încă o șansă pentru explorare și analiză.

T: – Ce vrea el să facă acum?

A: – Să se ducă după ei, dar... sunt prea departe.

T: – Crede că ar putea fi departe. Și atunci ce face?

A: – Așteaptă, așteaptă... (*înghite în sec, face o pauză și rostește în șoaptă*)... dar ei nu vin.

T: – Hmm... ei nu vin. Ce simte el, Alina, atunci când așteaptă, așteaptă... și ei nu vin?

Alina se întinde în pat.

A: – Pot să stau așa?

T: – Stai așa și spune-mi ce simte el.

Alina tace preț de un minut, apoi își leagănă capul de câteva ori în stânga și în dreapta; în timp ce răspunde își acoperă obrajii cu palmele.

A: – Se simte abandonat.

T: – Hmm... se simte abandonat...

În secvența de mai sus, anxietatea de separare (de abandon) devine din ce în ce mai intensă; Alina reușește să descrie abandonul ca pe o stare în care ești înconjurat și din care nu mai ai scăpare; poate ca într-o cameră de gheață, sau într-una de smoală, sau într-un lac mizerabil...

A: – Vreau să deschid ochii.

T: – Deschide-i!... Ce face iedul acum?

A: – Iedul... (*oftează din adâncul pieptului*) este singur... părăsit.

T: – Cum este această stare pentru ied?

A: – Să stai singur, să nu vorbeşti cu nimeni... păi... este ca şi cum ai fi într-o pădure, pe un deal şi eşti înconjurat de fiare sălbatice... şi... (*pauză*)... şi nu ştii ce să faci... că... dacă vrei să pleci, eşti înconjurat... (*gesticulează cu mâinile şi umerii în semn de resemnare*) Putem să ne jucăm altfel?

Din nou un moment de blocaj. Alina s-a apropiat cu paşi mărunţi de trăirile ei negative, greu exprimabile, în general, iar atunci când a ajuns chiar în „miezul" lor, pregătită să continue, pare a fi cu totul expulzată dintr-un spaţiu ce-i aparţine, dar care rămâne încă inaccesibil.

T: – Da, Alina, chiar voiam să-ţi propun să ne jucăm altfel. Ridică-te! Priveşte copacul de acolo (*îi arăt un brad din hârtie glasată*); acel copac este puternic, înţelept şi bun la suflet. Fiecare frunză a lui este plină de ştiinţă. Rupe o frunză, apropi-o de ureche şi ascultă cu atenţie ce-ţi spune. Ea ştie ce poţi să faci.

Alina a intrat imediat în rol, a simulat ruperea frunzei şi concentrându-se a ascultat mesajul său.

A: – Îmi spune să mă întind în pat, să stau cu ochii închişi că poate visez ceva...

T: – Bine, fă ce-ţi spune frunza!

Alina s-a întins în pat şi după un timp s-a liniştit. Am început o poveste.

T: – A fost odată ca niciodată un ied care locuia împreună cu mama lui într-o pădure. Iedul se juca mereu şi era fericit. Sărea de fericire atunci când se întâlnea cu puii altor animale.

A (*continuând povestea*): – Şi când puii plecau el se simţea părăsit şi singur.

T: – Câteodată, iedul se simţea abandonat, singur, părăsit... Simţea că ceilalţi nu-l vor... Într-o zi i s-a întâmplat un lucru cu totul şi cu totul deosebit. A deschis ochii şi a privit adânc în sufletul lui.

A: – Şi sufletul lui era frumos şi bun.

T: – Sufletul lui era frumos şi bun pentru că undeva era o lumină. O lumină mare, puternică, magică.

A: – Tot sufletul lui era luminos.

T: – În timp ce iedul privea în sufletul său luminos, aşa ca într-o oglindă, lumina a prins glas şi a început ea însăşi să-i vorbească. I-a povestit despre un trandafir, peste care a venit multă ploaie, care l-a spălat şi l-a ajutat să crească. Apoi peste trandafir a curs o baie de lumină, care l-a curăţat, a pătruns până în adâncuri, iar lumina curăţitoare s-a împrietenit cu lumina din sufletul său pentru totdeauna. Aşa că trandafirul, împodobit cu apă şi cu lumină, a devenit puternic şi iubitor; a înflorit şi s-a înălţat mai mult spre soare, sorbind din lumina lui.

A: – Şi e fericit.

T: – Dar lumina vorbitoare cunoştea taina multor poveşti. Multe poveşti a mai ascultat iedul! Îşi aminteşte acum de povestea unui cub de gheaţă care, la întâlnirea lui cu soarele, s-a topit şi a început să hrănească lumea cu apa sa. Îşi aminteşte şi de camera plină cu smoală, pe care lumina a topit-o şi din care poţi să ieşi prin lumină. Ascultând glasul luminii iedul a înţeles că lumina este prietena lui, că ea poate fi sprijinul lui, că oricând i-ar fi greu, poate chema lumina lângă el, pentru a-l ajuta. Şi de aceea iedul iubeşte lumina. Pentru că ea este blândă...

A: – ...bună, puternică... M-am trezit, că am adormit. Scuză-mă!

T: – Ai adormit... ai făcut ce ţi-a spus frunza.

A (*râzând*): – Daaa... Mai spunem povestea cu iedul?

T: – Da, hai să o continuăm! Să vorbim despre ied.

A: – Da, e singur în pădure...

T: – Singur... în pădure... Hmm... Ce simte el în suflet... acum... fiind singur în pădure?

A: – Un rău în suflet... (*pauză*)... Pot să desenez? (*se îndreaptă spre masă, ia creionul în mână, iar apoi se întreabă singură*) Dar ce să desenez?

T: – Desenează cum se simte iedul, desenează sufletul lui.

A: – ...Răul din suflet...

T: – Bine, Alina.

Alina desenează mai multe dealuri, iar deasupra lor un soare. În partea de sus a foii de hârtie a conturat un fel de nor cenușiu, spunând:

A: – Aici sus e răul... abandonul... care acoperă... (*se oprește brusc*)

T: – Acoperă... abandonul acoperă... Hmm...

A: – E un întuneric care acoperă soarele.

T: – Înțeleg că atunci când apare abandonul, adică întunericul, soarele nu mai strălucește.

A: – Da... (*ușor încurcată*) Uite soarele!

T: – Bine, Alina. Ce face soarele?

A: – Soarele este foarte puternic și topește întunericul ăsta.

În timp ce Alina vorbește despre soare și topire, împrăștie cu creionul razele soarelui, transformând întunericul cenușiu în lumină aurie. În mod spontan, Alina nu se mai referă la ied și la sufletul acestuia, ci la sine însăși. Apoi ochii i se înseninează în timp ce descrie sufletul său „mângâiat de soare".

T: – Cum este acum sufletul tău, Alina?

A: – Mai curat și... mai albastru.

T: – Mai curat și mai albastru.

A: – Dacă e albastru, înseamnă că e curat... știi, mie îmi place albastrul.

T: – Hmm... îți place ca sufletul tău să fie albastru, adică să fie curat; Alina vrei să desenezi aici, pe o altă foaie, sufletul tău, așa cum este el acum?

A: –Să-l fac așa... din imaginație?

T: – Sigur, din imaginație... E bine așa cum vrei să-l faci.

A (*desenează*): ...Aici este soarele care l-a curățat... (*explică în timp ce desenează*) Aici, deasupra, era răul, era așa... subțire... urât... și gros.

T: – Și subțire și gros?

A (*răspunde prompt*): – Da!... (*apoi, se răzgândește*) Aaaa, nu!

T: – Alina, te rog să privești răul și să vezi cum era.

A: – ....Le vreau pe amândouă, subțire și gros (*râde*).

T: – Bine, este subțire, gros și urât. (*Alina desenează în continuare*) Alina, ce-ai desenat aici?

A: – Iarbă, iarba care se bucură că a trecut răul... că soarele a fost mai mare și în mijloc... și întunericul ăsta nu suportă...

T: – Soarele este în mijloc. Iar întunericul nu suportă.

A: – Nu suportă să fie în mijloc... lumina... nu poate să suporte. Dacă e luminat îl distruge.

Rădăcina transformării interioare a Alinei respectă principiul creștin în ceea ce privește relația dintre bine și rău, dintre întuneric și lumină, dintre Satan și Dumnezeu: Răul (sau întunericul, sau Satan) nu există; el apare ca o consecință a absenței binelui (sau a luminii, sau a lui Dumnezeu). Acolo unde nu există Dumnezeu, este Satan. Aflat în plină metamorfoză, întunericul este „evaporat", căci „nu suportă", spune Alina, este împrăștiat, difuzat sau poate cauterizat, topit cu lumina soarelui.

T: – Bine, Alina. Atunci desenează sufletul tău curat, luminat și albastru.

Pentru a-și desena sufletul are nevoie de timp, de culori și nuanțe diverse, de conturări ale anumitor aspecte, de reveniri asupra altora etc. Culorile predominante sunt galbenul și albastrul.

A (*desenând*): – Ăsta e un râu, e sufletul meu care curge. (*apoi scrie pe el cu majuscule „râu"*) Curge... e limpede... e curat... (*după ce termină de desenat priveşte admirativ desenul, îi mai face câteva finisări, iar apoi exclamă*) Aşa mi-aş dori eu să fiu!... (*se uită fix în ochii mei şi rosteşte cu convingere*)... Serios! (*apoi râde zgomotos*)

Propun să ne aplecăm asupra acestei transformări pe care să o analizăm mai ales din perspectivă psiholingvistică: *rău-râu*, iar dacă am scrie fără diacritice: *rau-rau*. Rădăcina grafică este aceeaşi, diferă doar sensul arcuirii celor două „căciuliţe" de la litera comună „A"; din punct de vedere psihologic am putea înţelege prin analogie că energia psihică transformativă este comună celor două stări polare (pozitivă sau negativă), ceea ce contează fiind deci sensul transformativ: regresiv, stagnant *versus* creativ, evolutiv; sau, folosind cuvintele Alinei, „întuneric" versus „Lumină".

T: – Bravo, Alina! Ai aflat cum vrei să fii, ca un râu care curge limpede. Fii râul care curge!

A: – Da, sunt limpede şi lumii îi place să mă privească.

T: – Bine. Acum ridică-te şi fii râul care curge. (*Alina se ridică în picioare, îşi arcuieşte spatele în faţă, întinde braţele*) Arată-mi cum curgi, râule!

Alina începe să-şi mişte braţele şi mâinile, apoi întregul corp, într-un balans uşor, feminin, elegant.

T: – Curgi, râule!

A: – Fiiii... Fuuuu... Uuuuu... Ssssss... Curge râul... curge frumos...

T: – Bine, Alina. Unde este acum soarele tău care te-a vindecat?

A: – Aici, în inimă (*arată zona inimii*), pe mine, este galbenul ăsta (*arată un imprimeu galben de pe tricoul ei*)

T: – Galbenul ăsta... Hmm... Curgi, râule!... Cum te simţi acum?

A: – Veselă... (*din nou pe un ton convingător*) Chiar sunt veselă! (*râde*)

Faţa ei exprimă bucurie, se îmbrăţişează, chicoteşte de râs. O încurajez nonverbal să-şi exprime bucuria.

A: – Sunt fericită!

Alina sare mai amplu, cu strigăte de bucurie, cu braţele în sus, parcă dorind să apuce ceva aflat la o mare înălţime.

T: – Bine, Alina. Ce-ţi propui să faci, ca râu care curge? Ce vei face peste trei ore?

A: – O să mănânc ceva... că mi-e cam foame (*râde*)... şi o să mă uit la TV.

T: – Dar mâine, cam pe la ora asta, ce vei face?

A: – Să vorbesc la telefon cu Mihaela, verişoara mea, pentru că mi s-a făcut dor de ea.

T: – Spune-mi, Alina, ce vrei să faci peste două săptămâni?

A: – Să iau note bune la teză.

T: – Bravo, Alina! Fii în continuare râu care curge, aşa cum tu ai ales să fii... şi de acum înainte fă tot ceea ce-ţi propui să faci!

A (*râzând*): – Hmm... mulţumesc.

Tehnica de programare pe trei momente cronologice a avut ca scop principal orientarea clientului într-un cadru facilitator pentru atribuirea unui sens personal experienţei transformative; acest sens nou a fost concretizat în trei imagini acţionale din viitor (viitor imediat, viitor apropiat şi viitor îndepărtat). În acelaşi timp, tehnica are şi valoare diagnostică pentru evaluarea capacităţii de a reconverti conţinuturile psihice nou-descoperite, adică verificarea funcţionalităţii, a dinamicii interioare a noii „achiziţii". În cazul Alinei, în fiecare din cele trei momente s-a produs o deblocare energetică pe trei niveluri:

– *motivaţional* – „mi-e foame", activarea trebuinţei bazale de foame poate fi înţeleasă simbolic astfel: trezirea interesului pentru viaţă;

- *afectiv* – „mi-e dor de Mihaela", conștientizarea trăirilor afective, capacitatea de a exprima sentimentele și a-și propune acțiuni personale în concordanță cu acestea;
- *aspirațional-volițional* – „vreau note bune", clarificarea expectațiilor, a nivelului de aspirații, a scopurilor.

Această ședință a adus cu sine poate cea mai importantă achiziție psihologică obținută de Alina de la începutul terapiei. Parcurgând ședințele se poate observa că soarele, lumina (simboluri paterne) reprezintă pentru ea elementul esențial al transformărilor și potențator al „creșterii personale": zidul este topit cu soarele, cubul de gheață de asemenea, covorul este uscat cu soarele, creșterea țepilor se face tot cu soare și apă, după dialogul cu „crocodilul" (omul care nu o înțelege), Alina se imaginează stând întinsă la soare, din camera cu smoală iese „prin lumină".

Dacă, inițial, în sufletul ei abandonat, soarele, ca element masculin-patern, era asociat cu „abandonul" însuși (Alina s-a simțit abandonată de tatăl său și rejectată de fratele său), ulterior soarele s-a transformat în element vindecător. Astfel, Alina a schimbat semnificația acelei pierderi (abandonul), reconvertind-o într-o forță sanogenă.

III.13. Ședința de evaluare

Scopul respectivei întâlniri transpare din titlul acestui subcapitol. Derulând „filmul" întregului proces terapeutic, vom descoperi logica internă a acestuia, prin analizarea obiectivelor fiecărei ședințe și a modului în care acestea au fost atinse.

În primele două ședințe ale demersului terapeutic, am conturat un *cadru pregătitor* pentru abordarea dificultăților personale și accesarea capacităților autorestructurative. Dinamica intrinsecă a următoarelor trei ședințe (3, 4 și 5) ar putea fi considerată efectul terapeutic al primelor două ședințe, activând astfel *tendința* de recompunere interioară, de reconfigurare, de reinventare personală. În ședința a șasea, Alina reușește pentru prima dată să se *conecteze la propria capacitate restructurativă*, prin căutarea repetată și descoperirea unui pattern adaptativ. Cea de a șaptea întâlnire reprezintă momentul culminant, deosebit de semnificativ, al realizării unei *prime conexiuni cu elementul natural* întru renaturalizare. Dar ceea ce împiedică încă menținerea acestui contact sunt sentimentele negative legate de *imaginea de Sine* (agresivitate, frică, tristețe, revoltă etc.). Astfel, în ședințele 8, 9 și 10 am lucrat mai ales asupra acestui aspect, revenind ori de câte ori evoluția procesului o permitea la exprimarea metaforică, simbolică, adâncind treptat contactul cu naturalul. Am continuat propunându-mi ca următoarele întâlniri să fie dedicate *activării resurselor personale autotransformative și recanalizării energiei acestora*, pentru ca Alina, descoperind principiul său vindecător (soarele, lumina), să conștientizeze atât existența acestuia, cât și sensul evoluției personale, exprimat metaforic prin simbolul râului (principiu feminin).

De această dată, i-am propus un „joc" nonverbal, la care am invitat-o să participe. Încercând să-i captez atenția, am luat o pereche de papuci și m-am îndreptat spre ușă; ținând fiecare papuc într-o mână, m-am aplecat spre podea, adresându-mă astfel:

Terapeutul: – Alina, iată ce se întâmplă acum!

Alina devine incitată; mă privește cu multă curiozitate așteptând următoarea mea reacție. Am început să mișc papucii ca și când ar face pași, simulând că în cameră intră chiar în acel moment o persoană.

T: – Acum intră în cameră, pentru prima oară, Alina. Păşeşte, păşeşte şi... se aşază aici. *Am lăsat papucii în dreptul scaunului pe care stătuse ea în prima şedinţă. Am luat apoi o pereche de ghetuţe, cu ajutorul cărora am simulat intrarea în cameră a celei de-a doua persoane.*

T: – Acum intră în cameră *Alina cea de azi* care se aşază aici. (*Pun ghetuţele pe podea, în dreptul scaunului pe care stătea în acel moment*) *Alina cea de azi*, te rog să te priveşti cu atenţie, apoi să o priveşti pe *Alina cea din trecut*. Vorbeşte-mi despre tine, *Alina cea de azi*, cum eşti tu?

Alina (*înveselită*): – Sunt mai deşteaptă, sunt altfel, mai... vioaie.

T: – Eşti mai deşteaptă, mai vioaie, eşti altfel. Bine. Uită-te acum la *Alina cea din trecut*. O mai ţii minte? Vrei să-mi spui ce părere ai despre ea?

A: – Mai ţii minte ce urâtă era? şi ce proastă!... Stătea toată ziua cu ochii în pământ! (*izbucneşte în râs*)

T: – Dacă vrei să vorbeşti cu ea...

A: – Da, vreau să spun doar atât.

T: – Spune-i!

Alina cea de azi (către *Alina cea din trecut*): ...Vai, vai de tine!! I-am spus, gata!

T: – Ce simţi faţă de ea?

Alina cea de azi: Nu ştiu cum să zic, parcă nu prea mă interesează... Nu-mi place de ea.

T: – Bine. Deci nu-ţi place de ea. Ce ai vrea să faci acum, în acest moment?

Alina tace.

T: – Fă acum ceea ce-ţi vine să faci, Alina!

Alina se ridică, se îndreaptă spre scaunul pe care „stă" Alina cea din trecut, *îl mută spre marginea cea mai îndepărtată a camerei; rămâne câteva secunde pe gânduri, iar apoi, cu o mişcare sigură şi rapidă, ridică scaunul şi îl întoarce cu spatele. Apoi revine la locul ei, mulţumită de sine.*

T: – Bine, Alina! Acum te rog să descrii ceea ce ai făcut.

A: – Am făcut-o să plece departe pentru că nu mă mai interesează de ea şi vreau să nu ne mai întâlnim vreodată.

T: – Bine, Alina! Ce-ai putea să faci ca să nu vă mai întâlniţi vreodată?

A: – Să stau aici mereu, în locul ăsta, să fiu ca azi...

T: – Ce te-ar ajuta să poţi rămâne aşa cum eşti azi?

A: – Să râd, să mă bucur... Aici (*indică locul pe care stă*) râd mai mult, sunt mai veselă... (*râde*).

T: – Bine. Ţi-ai amintit astăzi de *Alina cea din trecut*, i-ai adresat câteva cuvinte, apoi mi-ai spus că doreşti să rămâi departe de ea şi chiar ai făcut asta. Ai aflat că tu, cea de azi, eşti altfel, eşti mai veselă, mai deşteaptă, mai vioaie. Alina, ce anume crezi că te-a făcut să devii astfel, să fii mai veselă?

A: – Toate jocurile astea şi toate câte mi le-ai spus... Îmi vine să râd mereu, nu ştiu ce am... de mult n-am mai râs aşa...

T: – Râzi, Alina, aşa cum n-ai mai râs demult!

A (*râzând*): Acuma râd cu poftă.

Ce-ar putea însemna această dorinţă de a râde? Chiar Alina a spus-o: „poftă" extinsă la întreaga sferă motivaţională: poftă de a mânca, de a cunoaşte, de a se exprima liber şi natural, de a trăi: poftă de viaţă.

Principiile noastre vindecătoare nu sunt filozofii de nepătruns, ele sunt conţinute în natură. Fiinţa umană este polară, esenţa evoluţiei constând în preschimbarea fiecărei părţi în cealaltă. Lumina se hrăneşte din umbră şi, în acest fel, umbra devine lumină printr-o alchimie specifică vieţii în Universul în care trăim. Principiul natural al macrocosmosului care se oglindeşte în microcosmos este regăsit consonant în fiecare dintre noi, orice stare pe care o parcurgem fiind o treaptă către un nivel mai înalt de fiinţare. În mod excepţional, chiar viaţa în sine este „un ritual de trecere" parcurs pentru a lăsa

loc unui nou început. Din această perspectivă, moartea (trăită în mod obişnuit ca pierdere de sine) se dedramatizează, nefiind decât un pas al ritmului natural, specific evoluţiei. Şi atunci putem „rosti" concluzia: nu există viaţă şi moarte, există transformare.

Feminin şi masculin, matern şi patern, trecut şi viitor, ego şi sine, personal şi interpersonal, sine şi divinitate, viaţă şi moarte – orice cuplu polar reprezintă o matrice transformativă a cărei dinamică este rezultanta unei provocări permanente, continue.

Pentru ca mugurele să răsară primăvara, frunza toamnei târzii se va fi „topit" în pământ. Esenţa încolţirii se află în forţa de transpătrundere, de difuzie şi de contopire a materiei ce traversează la infinit fiecare schimbare, de la un pol spre celălalt, ca-ntr-un dans natural şi fluid, aspirând de fiecare dată la *pătrunderea* într-un nivel mai înalt, mai extins şi mai profund.

Pentru Alina, principiul vindecător este lumina, simbol al Soarelui şi Focului, principiu patern; Alina s-a reconectat la principiile naturale ale vieţii şi ale creaţiei, adică la principiul transformativ. Pentru că, atunci când descoperi în interior puterea de a îmbrăţişa natura şi lumina, devii „fiu al luminii".

Probabil că în drumul său Alina a aflat cu adevărat puterea de a fi mulţumită şi de a se bucura pentru că poate, în sfârşit, să fie părtaşă la jocul subtil, profund, permanent şi fluent al transformărilor naturale, în ritmul cărora şi-a învăţat inima să bată şi sufletul să vibreze, „împărtăşindu-se cu lumină".

BCU „LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul IV

Terapia de doliu sau confruntarea cu moartea – despre o mamă care şi-a pierdut copilul

Ana-Maria Constantin

IV.1. Perspective teoretice privind moartea şi travaliul de doliu

Perspectiva biblică şi literară

Perspectiva biblică

Vorbindu-se despre straturile de înţelesuri ce pot fi desprinse din Biblie, aceasta a fost numită o apă prin care pot merge în siguranţă furnicile, dar în care se şi pot scălda în voie elefanţii. În scrierile biblice putem găsi referiri la tot ce ţine de viaţă şi de moarte, la doliu, suferinţă, dar şi la recăpătarea speranţei în viaţă şi în sensul acesteia.

Cartea lui Iov ne oferă un model biblic al unei persoane aflate în suferinţă. Pierderile lui sunt extreme, par ca o însumare a tuturor pierderilor ce pot fi suferite de o persoană: Iov îşi pierde întreaga avere, sănătatea, suportul familiei şi al prietenilor; ca şi cum toate acestea nu ar fi fost de ajuns, toţi cei zece copii ai acestuia mor într-un accident lipsit de sens. Viaţa lui Iov devine un amplu travaliu de doliu, o amplă confruntare cu durerea. Iov se confruntă cu emoţii foarte intense pe care le şi comunică lui Dumnezeu. Aceste două elemente (confruntarea şi comunicarea) îl ajută să facă faţă durerii şi să rămână într-o relaţie completă cu Dumnezeu. Până acolo însă, Iov se confruntă cu:

- *Depresie şi disperare*:

> Atunci Iov s-a sculat şi şi-a sfâşiat veşmântul, s-a ras pe cap, căzând la pământ (1:20).
>
> N-am nici tihnă, nici odihnă, nu-mi găsesc nici o pace şi zbuciumul mă stăpâneşte (3:26).
>
> Pentru aceea sufletul meu ar vrea mai bine ştreangul, mai bine moartea decât aceste chinuri (7:15).
>
> Mai pot eu să nădăjduiesc? Împărăţia morţii este casa mea, culcuşul meu l-am întins în inima întunericului (17:13).
>
> Şi acum sufletul meu se topeşte în mine, zile de amărăciune mă cuprind (30:16).

• *Frică*

De ceea ce mă tem, aceea mi se întâmplă şi de ceea ce mi-e frică tocmai de aceea am parte (3 : 25).

Pentru că săgeţile celui Atotputernic stau înfipte în mine şi duhul meu bea veninul lor, de aceea spaimele lui Dumnezeu vin cete, cete împotriva mea (6 : 4).

• *Suferinţă fizică*

Ochii mei s-au întunecat de supărare, mădularele mele s-au subţiat ca umbra (17 : 7).

Pielea s-a făcut pe mine neagră şi oasele mele sunt arse de friguri (30 : 30).

• *Resentimente şi revoltă*

Şi de data aceasta plângerea mea este luată tot ca răzvrătire şi totuşi mâna mea de-abia înăbuşă suspinele mele (23 : 1-2).

Pentru ce ticăloşii au viaţă, ajung la adânci bătrâneţe şi sporesc în putere?

• *Sentiment de abandon*

Strig către tine, Doamne şi nu-mi răspunzi; stau în picioare şi Tu nu mă vezi (30 : 20).

Fraţii mei s-au arătat înşelători ca un puhoi, ca albia puhoaielor repezi (6 : 15).

• *Lipsa sensului*

Dacă am greşit, ce Ţi-am făcut Ţie, Păzitorule de oameni? De ce m-ai luat ţintă pentru săgeţile Tale şi de ce Ţi-am ajuns povară? De ce nu îngădui greşeala mea şi nu laşi să treacă fărădelegea mea? (7 : 20-21).

Voi spune către Domnul: nu mă osândi; lămureşte-mă să ştiu pentru ce Te cerţi cu mine (10 : 2).

De ce m-ai scos din sânul mamei mele? Aş fi murit şi nici un ochi nu m-ar fi văzut! (10 : 18).

Dacă strig de multa apăsare, nu primesc nici un răspuns; ţip în gura mare, dar nimeni nu-mi face dreptate (19 : 7).

• *Regăsirea sensului şi acceptarea*

Dar El cunoaşte şi umbletul meu, şi starea mea pe loc şi, dacă ar fi să mă treacă prin cuptor de foc, voi ieşi din cuptor curat ca aurul (23 : 10).

Şi a rostit: Gol am ieşit din pântecele mamei mele şi gol mă voi întoarce în pământ! Domnul a dat, Domnul a luat (1 : 21).

Dacă am primit de la Dumnezeu cele bune, nu vom primi oare şi pe cele rele? (1 : 21).

Căci El răneşte şi El leagă rana, El loveşte şi mâinile lui tămăduiesc (5 : 18).

Biblia ne oferă o referire interesantă şi la comportamentul adecvat al celui care oferă ajutor cuiva, care a suferit sau care va suferi o pierdere. Atunci când regele Iezechia se îmbolnăveşte de moarte, profetul Isaia îl anunţă:

> Aşa grăieşte Domnul: pune rânduială în casa ta, că nu vei mai trăi, ci vei muri (*Isaia*, 38 : 1).

Sunt două aspecte de remarcat care reies din acest fragment şi care se aplică şi în cazul consilierii legate de moarte a clienţilor:

- sinceritatea;
- nevoia de acordare a unui timp de pregătire pentru pierdere.

Legat de pregătirea pentru pierdere, găsim referiri la faptul că oamenii au nevoie să vorbească şi să înţeleagă cât mai multe lucruri despre moarte. Atunci când oamenii ştiu la ce să se aştepte, ei pot face faţă mai bine suferinţei:

Adevărat, adevărat zic vouă că voi veţi plânge şi vă veţi tângui, iar lumea se va bucura. Voi vă veţi întrista, dar întristarea voastră se va preface în bucurie.

Femeia, când e să nască, se întristează fiindcă a sosit ceasul ei; dar după ce a născut copilul, nu-şi mai aduce aminte de durere, pentru bucuria că s-a născut un om (*Ioan*, 16:20-21).

Un alt aspect important este faptul că putem trece prin suferinţă, dacă nu suntem singuri. Cei care suferă au nevoie de oameni care să le fie aproape, durerea nu trebuie străbătută de unul singur. În acest sens, este evocator următorul citat:

Şi stăteau, lângă crucea lui Isus, mama Lui şi sora mamei Lui, Maria lui Cleopa şi Maria Magdalena.

Deci, Isus, văzând pe mama Sa şi pe ucenicul pe care îl iubea stând alături, a zis mamei Sale: Femeie, iată fiul tău!

Apoi, a zis ucenicului: Iată mama ta! Şi din ceasul acela ucenicul a luat-o la sine (*Ioan*, 19: 25-27).

O ultimă consideraţie referitoare la durere şi la travaliul de doliu: chiar dacă depăşirea durerii este un proces lung ce uneori poate părea interminabil, totuşi este vorba despre un proces finit:

Şi va şterge orice lacrimă din ochii lor şi moarte nu va mai fi; nici plângere, nici strigăt, nici durere nu vor mai fi, căci cele dintâi au trecut (*Apocalipsa*, 21:4).

Perspectiva literară

Viaţa şi moartea, durerea şi sensul ei sunt preocupări permanente ale oamenilor, aşa că a fost natural ca scriitorii să se aplece asupra acestor teme şi să le exploreze. Acest demers, atât în sens larg, social, cât şi în sens strict individual, reprezintă un travaliu necesar individuării. Este o încercare de depăşire a limitelor autopercepute general-umane, redate foarte sugestiv de Lao Tze: „toate sunt clare, numai eu singur sunt tulbure". Scriitorii şi filozofii vorbesc despre unitatea dintre viaţă şi moarte:

Moartea este a vieţii în aceeaşi măsură ca şi naşterea. A merge înseamnă în aceeaşi măsură a ridica piciorul, cât şi a-l coborî (Rabindranath Tagore).

Căci viaţa şi moartea sunt una,
La fel cum una sunt râul, oceanul şi marea.

Până la moarte însă, fiecare dintre noi are de parcurs un drum mai lung sau mai scurt care presupune o inevitabilă întâlnire cu durerea. Meditând la această temă, pornind de la propria durere trăită în perioada încarcerării, Oscar Wilde scria:

Bunăstarea, plăcerea şi izbânda pot fi grosolane şi comune; durerea este, în schimb, cea mai sensibilă simţire din toate câte există. Orice mişcare din lumea gândurilor face ca durerea să răspundă prin vibraţii vii şi cumplite. Durerea e ca o rană ce sângerează când e atinsă de orice altă mână decât mâna iubirii, dar, chiar şi atunci ea sângerează, dar nu din pricina suferinţei.

În mod paradoxal, rolul durerii în viaţă este unul eliberator:

Durerea sparge cochilia în care îţi era închisă cunoaşterea.

Confruntarea cu durerea şi necazurile devine o variabilă *sine qua non* a individuării umane. În acest sens, Nicolae Steinhardt nota în *Jurnalul fericirii*:

Biruinţa nu-i obligatorie. Obligatorie e lupta.

Gândurile lui Saint-Exupery care spune că „esenţialul la lumânare nu este ceara, care lasă urme, ci lumina" par o completare firească a cugetărilor de mai sus.

Toţi cei care au reuşit să se confrunte în mod constructiv cu durerea au descoperit faptul că, oricât de ciudat ar părea, aceasta se leagă de descoperirea unui sens. Un autor necunoscut spunea:

De n-ar fi noaptea, n-am putea citi stelele, iar cerul s-ar preface într-o lumină orbitoare.

Pentru a susţine această idee, spusele de mai jos mi se par mai evocatoare decât orice alt tip de comentariu:

Nu puteam îndura ideea că ele (suferinţele) ar putea fi lipsite de sens. Acum, ceva ascuns în fiinţa mea îmi spune că pe lume nu există nimic fără sens şi că suferinţa are mai mult sens decât orice alt lucru. Acest ceva, ascuns în străfundul eului meu ca o comoară, este Umilinţa (Oscar Wilde, *De profundis*, p. 40).

Poarta sortită fiecărui om anume îmi confirmă părerea că primim toţi din partea Divinităţii o sarcină a noastră. Divinitatea ne dă, sub diferite forme, numeroase prilejuri de a O îndeplini în cursul vieţii, dar de Ea nu scăpăm. Tot la Ea ne întoarcem, orbita pe care ne mişcăm, întâmplările care ne ies în cale, opţiunile care ni se oferă tot la Ea ne trimit (N. Steinhardt, *Jurnalul Fericirii*, p. 246).

În ultimă instanţă, sensul este cel mai adesea orientarea spre oameni şi regăsirea umanităţii din noi:

Necazurile tale au menirea de a-ţi da tărie şi a te pregăti să dai tărie altora (Davis Brandt Berg).

În cazul celor care au pierdut pe cineva drag, care trebuie să parcurgă durerosul travaliu de doliu, umanitatea din noi se poate manifesta prin adoptarea unui comportament adecvat faţă de durerea celui de lângă noi. Poemul de mai jos este evocator în acest sens:

Priveşte-mă dincolo de lacrimile mele

Poem de Kelly Osmont

Mă întrebi: „Cum îţi merge?"
Şi, după cum vezi, ochii mi se umplu de lacrimi.
Iar tu, stânjenit, priveşti în altă parte
Şi te grăbeşti să vorbeşti despre vreme.
Iar eu simt că interesul pe care mi l-ai arătat preţ de câteva clipe
S-a spulberat...

„Cum îmi merge?"
Îmi merge mai bine când sunt ascultată
Chiar dacă îmi mai scapă o lacrimă sau două,
Pentru că durerea mea e adâncă şi indescriptibilă.
N-o poţi înţelege decât dacă ai cunoscut-o şi tu.

Cu toate astea am nevoie de tine...
Pentru că, de câte ori priveşti pe lângă mine şi vorbeşti despre vreme
Mă simt iarăşi singură... singură cu durerea mea.

Nu vei şti niciodată cât de mult înseamnă pentru mine atenţia ta...

Şi ştii ceva? Lacrimile nu sunt un semn rău!
Aşa pot eu să mă vindec,
Aşa pot eu să eliberez durerea din mine...

Ştiu că, purtându-te aşa, încerci să mă protejezi de durere,
Dar te înşeli, căci amintirea morţii celui drag
E mereu cu mine, la distanţă de numai un gând...
Durerea mea devine vizibilă prin lacrimi,
Dar e o durere de care n-ai cum să mă protejezi,
Ea e acolo, cu mine...
Oare când plâng, te simţi neputincios şi nu ştii ce să faci?
Nu eşti neputincios...
Şi nu-ţi cer nimic altceva decât să fii lângă mine.
Când îmi permiţi să plâng lângă tine... mă ajuţi.
Nu trebuie să spui nimic, pentru că eu am nevoie de tăcerea ta...
Am nevoie să fii răbdător şi să nu te temi de mine,
De lacrimile mele...
Am nevoie să întrebi cu inima „Cum îţi merge?"
Ca să-mi pot lăsa durerea să iasă în voie...

Căci atunci când lacrimile mele sunt libere,
Mă simt mai uşoară...
Ele curăţă spaţiul dintre noi
Făcând loc, uşor, unor stări mai bune.

Poate voi plânge un minut sau două.
Apoi îmi voi şterge lacrimile
Poate chiar voi zâmbi.

Ştii că de câte ori închid lacrimile în mine,
Ele se adună într-un nod în gât,
Îmi umplu pieptul de durere
Şi-mi fac stomacul să tremure?
Tot corpul meu e prins într-un efort enorm:
Efortul de a te proteja pe tine de lacrimile mele!
Şi astfel şi eu, şi tu suferim:
Eu... pentru că îmi ţin durerea în interior,
Ca un scut faţă de intimitatea dintre noi.
Tu... pentru că nu ştii ce să faci şi-ţi vine să fugi.

Aşa că, te rog, ia-mi mâna şi priveşte-mă dincolo de lacrimi
Căci aşa ne putem regăsi intimitatea.

Atunci când pierdem pe cineva drag, pentru a ajunge la rezoluţia travaliului de doliu, este importantă resemnificarea morţii, perceperea acesteia într-o manieră nonamenin̦ătoare, chiar pozitivă. Acest lucru a fost demult intuit de autorii care, prin cugetările lor, sparg sistemul obişnuit de referinţă:

Dumnezeu ascunde oamenilor fericirea de a muri ca ei să poată îndura viaţa (anonim).

Drumul prin lume este mai greu decât drumul dincolo de ea (Th. Moore).

S-ar putea ca viaţa pe care o trăim să fie moartea, iar moartea să fie începutul adevăratei vieţi (Socrate).

O frumoasă parabolă a lui Oscar Wilde surprinde aceeaşi răsturnare a sistemului valoric obişnuit, a raportului viaţă-moarte:

Când Isus vru să se întoarcă în Nazaret, oraşul era aşa de schimbat, încât nu-l mai recunoscu. Nazaretul în care trăise şi care era altădată numai vaiete şi lacrimi era acum plin de

hohote de râs şi de cântece. Christos, intrând în oraş, văzu sclavi încărcaţi cu flori grăbind cu toţii spre scările de marmură ale unei case construită toată din marmură albă.

Christ intră în casă şi, în fundul unei săli de jasp, văzu răsturnat pe un culcuş de purpură un om în al cărui păr nepieptănat erau încâlciţi trandafiri roşii şi ale cărui buze erau roşii de vin. Christ se apropie de el, îi atinse umărul şi îi zise: „Pentru ce duci această viaţă?". Omul se întoarse, Îl recunoscu şi Îi răspunse: „Eram lepros şi Tu m-ai vindecat. De ce aş duce altă viaţă?".

Christos ieşi din casa aceea. Şi în casă văzu o femeie cu obrajii fardaţi şi purtând veşminte colorate şi încălţări împodobite cu perle. Pe urmele ei, un om într-o haină în două culori păşea cu ochi plini de dorinţă. Şi Christ se apropie de omul acela. Îi atinse umărul şi îi zise: „Pentru ce urmăreşti această femeie şi o priveşti astfel?". Omul întorcându-se, Îl recunoscu şi-I răspunse: „Eram orb şi Tu m-ai vindecat. Ce aş putea face cu vederea mea?".

Şi Christ se apropie de femeie: „Calea aceasta pe care umbli tu este cea a păcatului: de ce mergi pe ea?". Femeia, recunoscându-L Îi zise râzând: „Calea pe care merg e dulce şi Tu mi-ai iertat toate păcatele".

Atunci Christ se întristă foarte şi voi să părăsească oraşul acela. Dar, ieşind din oraş, văzu în sfârşit pe marginea unui şanţ un tânăr ce plângea. Christ se apropie de el şi atingându-i buclele părului îi zise: „De ce plângi prietene?". Tânărul ridică ochii şi recunoscându-L Îi zise: „Eram mort şi Tu m-ai înviat; ce aş putea face cu viaţa mea acum?".

Înţelepciunea în sensul căreia ne formează viaţa şi pierderea este *acceptarea*. Aceasta este singura atitudine care permite o trecere prin viaţă care să presupună individuare şi care se structurează pe baza sensului găsit prin suferinţă:

> Lucrul important pe care îl pot face şi pe care trebuie să-l fac pentru ca puţinele zile care mi-au mai rămas să nu fie nici chinuite, nici irosite, nici lipsite de plenitudine este să primesc cu seninătate tot ceea ce mi s-a făcut, să-mi asum totul fără să plâng, fără teamă şi repulsie. Viciul suprem este superficialitatea. Tot ceea ce îţi asumi este bun (...)
>
> A regreta experienţele pe care le-ai cunoscut înseamnă a-ţi opri propria dezvoltare; a le nega înseamnă a pune o minciună pe buzele propriei tale vieţi. Aceasta ar însemna negarea propriului suflet (Oscar Wilde).

Perspectiva psihologică

Câteva definiţii utile

Înainte de a încerca o analiză din perspectivă psihologică a aspectelor legate de moarte şi de depăşire a suferinţei provocate de pierderea unei persoane dragi, consider importantă realizarea unui demers de clarificare conceptuală a unor noţiuni precum: *stres – criză – traumă/reacţie post-traumatică de stres – durere – travaliu de doliu – dezvoltare – individuare*.

Tot în acest capitol vom face şi alte precizări teoretice referitoare la :

- tipuri de durere;
- forme de manifestare a durerii la nivel fizic, mintal, emoţional şi spiritual;
- modul în care este trăită durerea de către copil, femeie şi bărbat.

Ne propunem, de asemenea, şi prezentarea stadiilor ce se succedă pe parcursul procesului travaliului de doliu.

Atunci când vorbim despre moarte, asociem mintal în mod aproape automat această situaţie cu alte cuvinte precum: stres foarte puternic, situaţie de criză, traumă. Care sunt de fapt legăturile şi diferenţele dintre aceşti termeni? Cum putem defini stresul? În general, acest termen este destul de greu de definit. La început, termenul a fost

împrumutat din fizică şi era folosit în sens foarte larg. Se credea că oamenii se comportă într-un fel asemenea obiectelor, spre exemplu, asemenea metalelor, care rezistă la acţiunea unor forţe exterioare moderate, dar care îşi pierd rezilienţa în momentul în care presiunea aplicată depăşeşte un anumit punct critic. Spre deosebire de metale, oamenii sunt dotaţi cu raţiune şi afectivitate, interacţionează cu foarte diverşi factori de mediu şi sociali, ceea ce complică prin urmare definirea stresului din perspectivă psihologică în comparaţie cu perspectiva fizicii.

Stresul este definit ca fiind răspunsul individului la circumstanţe şi evenimente, numite stresori, care ameninţă şi provoacă abilităţile acestuia de a face faţă situaţiei (Simons, 1994). Stresul este efectul unei stimulări nocive asupra individului sau ameninţarea cu o astfel de stimulare, mai ales atunci când nu se poate evita sau termina condiţia (Stratton, 1993).

Reacţia de stres este afectată de mai mulţi factori, cum ar fi:

- factori fizici şi biologici;
- factori emoţionali;
- factori de mediu;
- factori de personalitate;
- factori cognitivi;
- factori socioculturali;
- factori legaţi de strategii de *coping*.

Stresul este o reacţie ce tinde să devină aproape omniprezentă, deoarece viaţa de zi cu zi presupune confruntarea cu stresori. Aceştia tind să fie clasificaţi în:

- evenimente majore de viaţă (divorţ, deces, boală personală gravă);
- evenimente minore, dar constante/zilnice (griji legate de greutate, probleme legate de responsabilităţi legale, sociale etc.).

Toţi aceşti stresori reprezintă o permanentă provocare pentru abilitatea noastră confruntativă. Modalităţile constante de reacţie în faţa stresorilor alcătuiesc *strategii adaptative* (*coping strategies*).

Strategiile de *coping* pot fi clasificate astfel (Simons, 1994):

- *strategii activ cognitive*: sunt reacţii adaptative în cadrul cărora indivizii se gândesc în mod activ la o situaţie, în efortul de a se adapta la aceasta mai eficient;
- *strategii activ-comportamentale*: sunt reacţii adaptative în care indivizii desfăşoară un anume tip de acţiune pentru a-şi îmbunătăţi situaţia problematică;
- *strategii de evitare*: sunt reacţii ce au ca scop eliminarea din conştiinţă a circumstanţelor stresante pentru ca individul să nu fie pus în situaţia de a se confrunta cu ele.

În concluzie, „atunci când suntem confruntaţi cu situaţii care sunt importante, pe de o parte, din punct de vedere biologic, psihic şi/sau social, iar, pe de altă parte, care nu permit o rezolvare simplă, ajungem într-o situaţie pe care o putem numi, împreună cu Selye, *stres*. Selye diferenţiază între distresul negativ sau străin şi stresul pozitiv sau eu-stres. Cel din urmă este o stare de activare psihofizică a individului care poate facilita sau chiar stimula rezolvarea productivă a problemelor. Dimpotrivă, la distres are loc căutarea de soluţii pentru probleme, comportamentul de *coping* în condiţii de activare fiziologică, adesea nefavorabile" (Fischer, 2001).

Criza este definită ca o perioadă ce apare în cadrul dezvoltării identităţii personale şi care presupune realizarea unei alegeri de către persoană între alternative cu sens (Stratton, 1993). Prin urmare, crizele sunt o realitate general-umană, ele se pot întâmpla şi chiar se întâmplă tuturor oamenilor.

Criza înseamnă perceperea unui eveniment sau a unei situaţii ca fiind de o dificultate intolerabilă, ce depăşeşte resursele şi mecanismele de *coping* ale persoanei (Boyd Webb, 1999). Atunci când criza nu este depăşită, aceasta are potenţialul de a produce afectări severe pe planurile afectiv, cognitiv şi comportamental.

În definiţia de mai sus, accentul cade nu atât pe natura evenimentului în sine, cât pe modul în care acesta este perceput, ceea ce înseamnă că un acelaşi eveniment va fi experimentat în mod diferit de persoane diferite, în funcţie de idiosincraziile care intervin.

Nancy Boyd Webb propune un model tripartit de evaluare a situaţiei de criză, ţinând cont de următoarele trei variabile interconectate:

- natura situaţiei considerate drept criză;
- caracteristicile idiosincratice individuale;
- factorii ce ţin de sistemul de suport.

Vom prezenta pe scurt ce cuprinde fiecare variabilă:

Natura situaţiei de criză

- probleme psihosociale şi de mediu (axa IV, DSM IV);
- criză anticipată *versus* cea neaşteptată (bruscă);
- eveniment unic *versus* eveniment recurent.

Experienţă solitară versus *împărtăşită*

- proximitatea fizică faţă de eveniment;
- prezenţa unor pierderi:
  - separarea de membrii familiei;
  - moartea unor membri ai familiei;
  - pierderea mediului familiar;
  - pierderea rol-statusului familiar;
  - pierderea funcţionării unui organ/unei părţi a(l) corpului.

Rănire Fizică/Durere

- prezenţa violenţei:
  - persoana a fost martoră şi/sau a trăit violenţa;
  - elemente de stigmatizare;
- ameninţarea vieţii (proprii/a familiei/a altora).

Factori individuali

- vârsta:
  - stadiul de dezvoltare;
  - nivelul cognitiv;
  - dezvoltarea morală;
  - caracteristici temperamentale.
- adaptarea pre-criză:
  - acasă;
  - la şcoală;

- interpersonală/cu egalii;
- medicală.

- stil de *coping*/dezvoltarea egoului/reziliență;
- experiențe din trecut în legătură cu criza;
- evaluarea funcționării globale (scala GAF, DSM IV, axa V);
- sensuri specifice ale evenimentelor de criză.

Factorii sistemului de suport:

- familia nucleară;
- familia extinsă;
- școala;
- prieteni/comunitate;
- cultură/religie.

Este importantă realizarea unei clarificări terminologice: există o distincție clară între noțiunea de criză și cea de reacție post-traumatică de stres. Situația de criză poate duce sau nu la o traumatizare ulterioară și la formarea de simptome. Criza a fost definită în termeni de dificultate intolerabilă, cu *potențialul* de a cauza disfuncții severe emoționale, cognitive și comportamentale. Prin urmare, o intervenție bine temporizată în situația de criză poate preveni formarea de simptome ulterioare, tocmai prin ajutarea individului de a-și exprima sentimentele și de a începe să facă față situației de criză *înainte* ca anxietatea să se accentueze și conflictele să escaladeze spre proporții ce vor afecta calitatea vieții individului.

Mulți autori când vorbesc despre criză se referă la aceasta în termeni de *supraîncărcare cu stres* (*stress overload*). Această supraîncărcare provoacă un distres individului care, dacă nu este exprimat, poate duce chiar și la formarea unei tulburări psihiatrice cum este tulburarea de stres post-traumatic.

Trauma psihică este „o experiență vitală de discrepanță între factori situaționali amenințători și capacitățile individuale de stăpânire, care este însoțită de sentimente de neajutorare și abandonare lipsită de apărare și care duce astfel la o prăbușire de durată a înțelegerii de sine și de lume" (Fischer, 2001).

Trauma reprezintă deci o leziune sufletească extrem de profundă care se asociază cu o prăbușire a sistemului de referință al persoanei, cu o alterare a elaborării normale a experienței.

Această alterare se manifestă prin:

- alterări ale sferei receptorii: modificări ale trăirilor spațiale (vederea în tunel/derealizare), temporale și de sine (depersonalizare);
- alterări ale sferei efectuorii: încremenire, furtună de mișcări, compulsii spre reluarea acțiunilor întrerupte, mișcări în gol, pseudoacțiuni;
- trăiri amnezice, experiențe disociative.

Referitor la tipurile de traumă, există tendința în psihotraumatologia actuală de a distinge între *trauma majoră* și *traume secundare sau asociate*. Lucrul terapeutic se centrează pe rezolvarea acestei traume majore, dovedit fiind faptul că orice altă traumă asociată ar exista, aceasta se va rezolva indirect, prin însăși lucrul centrat asupra traumei majore. O dată ce o persoană a învățat în cadrul unei terapii o modalitate de adaptare la trauma majoră, ea va transfera spontan această nouă abilitate și pentru rezolvarea traumelor asociate.

Literatura descrie şase tipuri de traume majore (Diana Vasile, 2002):

1. *Viaţa persoanei este în pericol sau persoana percepe că se află sub o ameninţare majoră* (de exemplu, o persoană este ameninţată că va fi omorâtă, războaie, dezastre naturale, atacuri violente, jafuri, tâlhării; o clădire se află sub iminenţa unei prăbuşiri, ameninţând viaţa persoanelor din interiorul ei). Reacţiile de după evenimente de genul acesta depăşesc descrierea stresului post-traumatic din DSM IV; găsim aceste reacţii manifestându-se violent în cadrul relaţiilor interpersonale, al organizaţiilor, al comunităţilor şi al mediilor de lucru.

2. *Ameninţarea identităţii persoanei, a imaginii de sine, a integrităţii personale şi a stimei de sine* (de exemplu, există nişte acuzaţii aduse persoanei, se comite o crimă, o persoană este victima unui atac sau este rănită şi îşi pierde încrederea în sine; în situaţii de invazie sexuală, abuz, viol; se pierde identitatea profesională) reprezintă o întrerupere a creşterii şi dezvoltării în sensul de „cine sunt" sau „cine mă aştept să fiu". De asemenea, apare în urma torurilor, când persoana se luptă cu recâştigarea identităţii sinelui, după ce a fost umilită, încarcerată, torturată cu scopul de a-i fi zdruncinate mecanismele de apărare, rezistenţele şi stabilitatea mintală.

3. *Pierderea unei relaţii semnificative sau a suportului social* (de exemplu, un partener, prieten, copil; divorţ, separare sau alienare; un animal favorit moare sau se pierde, nimeni nu oferă suport, nimeni nu oferă ajutor; apare uneori şi în situaţia în care persoana părăseşte casa familială şi se stabileşte în alt loc). Se poate ajunge la depresie şi chiar suicid şi la comportamente distructive pe plan social.

4. *Întreruperea funcţionării normale sau pierderea libertăţii normale* (de exemplu, o persoană suferă răniri grave; boli mintale sau fizice; o schimbare bruscă a vieţii persoanei; pierderea libertăţii se datorează altor persoane, ca în cazul regimurilor politice sau ostracizării sociale; evenimentele trecute continuă să influenţeze funcţionarea persoanei; există opresiune politică şi ameninţări la adresa libertăţilor personale şi sociale). Este foarte des întâlnită în cazul accidentelor rutiere, de muncă, casnice.

5. *Pierderea viziunii asupra lumii, care oferea o coerenţă şi un sens vieţii, şi a filosofiei de viaţă* (de exemplu, persoana este martoră la o situaţie care subminează punctul de vedere anterior despre lume – ca fiind dreaptă şi bună, ca în cazul războaielor, sau în situaţii de tortură, uriaşă schimbare bruscă a stilului de viaţă, în situaţii de jaf şi invazie personală sau socială).

6. *Afectarea sufletului persoanei* (de exemplu, o experienţă care distruge încrederea în viaţă, în alţii, în Dumnezeu, într-un viitor bun; un sentiment de lipsă de suflet la serviciu, în relaţii, în realizări; privarea timp îndelungat de libertate şi creştere personală). Apare, de regulă, la persoanele care au suferit traume severe şi de lungă durată, mai ales în timpul copilăriei. Ele simt că nu mai sunt vii şi că nu mai au energia necesară să existe, să participe în lume.

Este important de făcut distincţia între traumă şi *eveniment traumatizant*. Acesta din urmă este un eveniment care este perceput ca punând viaţa în pericol. Trauma nu „trece" atunci când evenimentul traumatizant a luat sfârşit. Fischer şi Riedesser consideră trauma ca fiind mai degrabă o desfăşurare procesuală. Ei propun o perspectivă dinamică, vorbind despre procesul de elaborare a experienţei traumatice. Pornindu-se de la

convingerea că trauma (experienţa traumatică) trebuie să fie cercetată ca un proces dinamic sunt stabilite următoarele faze ale acesteia:

- situaţia traumatică;
- reacţia traumatogenă;
- procesul traumatic.

Situaţia traumatică este cea în care se cere o reacţie de urgenţă (de supravieţuire), dar care totuşi nu permite această reacţie. Situaţia traumatică este în funcţie de:

- condiţiile traumatice de mediu (obiective);
- desemnările subiective de semnificaţii.

Sunt alţi autori care consideră că există patru grupe de factori ce afectează răspunsul individual la situaţia de stres traumatic. Astfel, Marmar şi colaboratorii săi (1994) vorbesc despre:

- circumstanţele traumei;
- reactivarea traumei din perioadele de dezvoltare anterioare;
- faza din dezvoltarea individuală când are loc trauma;
- contextul social pe parcursul traumei şi după aceasta.

În situaţia traumatică există o *informaţie insuportabilă* care depăşeşte durabil capacitatea de procesare a informaţiei de către subiect; mai apare şi un element de *surpriză* care nu lasă timp pentru planuri eficiente de acţiune, având un caracter imposibil de anticipat.

Situaţiile traumatice „nu iau sfârşit după scurgerea timpului obiectiv şi nici nu se termină de la sine atunci când evenimentul traumatic a trecut. Din punct de vedere subiectiv şi intersubiectiv ele iau sfârşit, mai ales cele cauzate de oameni, atunci când raportul interuman şi etic a fost restabilit prin recunoaşterea cauzelor şi prin vinovăţie. Situaţiile exemplare nu iau sfârşit pur şi simplu când trece timpul" (Fischer, 2001).

Modul în care reacţionăm la situaţiile care de fapt nu permit reacţii corespunzătoare reprezintă *reacţia traumatică*. Aceasta are următoarele faze:

- faza de şoc: insensibilitate, negare, disociere, depersonalizare;
- faza de acţiune: furie, vină, lipsă de speranţă, depresie etc.;
- faza de descărcare: este importantă desprinderea de mediul traumatic. Acum este important suportul social şi discutarea experienţei. Dacă această fază nu se desfăşoară cum trebuie, apare sindromul bazal de suprasarcină psihotraumatică (denumirea nouă, mai corectă a PTSD) sau sindromul de suprasarcină complexă psihotraumatică.

Din punct de vedere *emoţional* pot apărea trei tipuri de reacţii:

- copleşirea şi inundarea cu emoţii;
- amorţirea psihică;
- modularea afectivităţii – eforturi de a controla furtuna emoţională (*coping* reuşit).

Din punct de vedere *cognitiv* se observă:

- perceperea evenimentului (negarea sau evitarea cognitivă, fragmentările cognitive ale situaţiei);
- aprecierea şi evaluarea situaţiei;
- căutarea unei explicaţii;
- planificarea acţiunii.

Din momentul elaborării reacţiei traumatice începe un proces de lungă durată, numit *proces traumatic*, care are drept scop integrarea experienţei traumatice în experienţa de viaţă. Dacă această integrare se face cu succes, spunem că a avut loc adaptarea (*coping* eficient), iar dacă nu se face, va avea loc cronicizarea tulburărilor prezente.

În concluzie, ca formă de manifestare, experienţa traumatică (trauma) are trei componente/caracteristici:

- amintiri (imagini mnezice intruzive);
- negare/evitare;
- excitaţie fiziologică *versus* aplatizare emoţională.

Atunci când vorbim despre moartea unei persoane dragi, inevitabil folosim termeni precum: durere, mâhnire, supărare, doliu. Pierderea unei persoane dragi este o situaţie de criză prin care fiecare dintre noi trece mai devreme sau mai târziu. În funcţie de situaţie, pierderea se poate transforma într-o experienţă traumatică. Iată de ce psihologii şi psihoterapeuţii au început să acorde o mai mare atenţie acestei dimensiuni a vieţii. Literatura de specialitate americană foloseşte mai multe concepte pentru a studia acest domeniu al vieţii, dintre care cei mai frecvenţi sunt: *grief*, *bereavement* şi *mourning*. *Grief* este un termen ce poate fi tradus ca necaz, durere, mâhnire. *Bereavement* se referă la doliu mai mult dintr-o perspectivă exterioară ca faţetă socială. Iar *mourning* ar fi procesul de doliu sub aspect subiectiv, interior, punându-se accentul pe jelire. Aceşti termeni nu sunt perfect traductibili în limba română, dar pentru claritate, lucrarea de faţă îşi propune să extindă aspecte referitoare la durere (*grief*) şi la travaliul de doliu (care se apropie mai mult de conceptul de *mourning*).

Ce înseamnă de fapt aceşti termeni?

Durerea este în mod evident o reacţie normală, interiorizată, la pierdere. Vorbim în acest context de orice formă a pierderii, nu numai de moartea unei fiinţe dragi, ci şi de separarea de o persoană semnificativă, de pierderea poziţiei comunitare, a visurilor, a credinţei, a limbii materne, a rudelor, a ţării de origine (Mitrofan şi Buzducea, 1999). Toate acestea se întâmplă deoarece viaţa înseamnă schimbări permanente. De la naştere începem să experimentăm schimbarea, pierderea şi durerea provocată de pierdere. Fiecare schimbare de locuinţă, orice schimbare de activitate sau de partener, orice îmbolnăvire reprezintă pentru noi ceea ce Elizabeth Kubler-Ross numea „micile morţi" – *little deaths* (Kubler-Ross, 1993). În lucrarea de faţă însă, ne vom referi exclusiv la următorul tip de pierdere: moartea unei persoane semnificative.

Durerea presupune nu o singură emoţie, ci trăiri emoţionale intense şi variate (Tatelbaum, 1980). Enumerăm astfel, fără pretenţia de a le enumera pe toate, emoţii precum: regret, angoasă, neîncredere, disperare, anxietate, singurătate, vină, resentimente, dor, dragoste, apreciere, sentimentul lipsei de sens etc. În cuvinte foarte simple, durerea este o rană care pentru a se vindeca are nevoie de atenţie. În caz contrar, durerea nu va trece niciodată.

Durerea emoţională nu este constantă după moartea persoanei semnificative, deşi poate la prima vedere am fi tentaţi să credem astfel. Ea însă este trăită subiectiv ca fiind constantă atunci când ne folosim energia în încercarea de a suprima sentimente şi emoţii care însă, în fapt, sunt foarte greu de ignorat. Procesul natural de jelire presupune experimentarea unor perioade cu stări emoţionale intense, urmate apoi de perioade de linişte. În mod tipic, apare o perioadă de durere acută, urmată de procesul mult mai lung al doliului (Huntley, 2001).

Doliul este din punct de vedere social o perioadă destinată trăirii durerii. Tradiţional, durata acestuia este de un an. Din punct de vedere psihologic, este un proces ce implică adaptarea persoanei la pierderea suferită. De aceea, în psihoterapie, referirea la această perioadă se face în termeni de *travaliu de doliu*. Scopul acestuia este: confruntarea cu pierderea şi cu toate sentimentele evocate de ea pentru a începe, cel puţin, vindecarea rănii produse de pierdere.

Despre travaliul de doliu vorbeşte pentru prima oară Freud într-un articol din 1917, intitulat „Doliu şi melancolie".

Travaliul de doliu presupune reexaminarea relaţiei cu decedatul pe mai multe planuri:

- din perspectiva ataşamentului faţă de decedat;
- din perspectiva sentimentelor cristalizate pe parcursul relaţiei cu acesta;
- în plan cognitiv;
- în planul amintirilor.

Dintr-o altă perspectivă, travaliul de doliu presupune o reexaminare personală şi interpersonală din perspectiva:

- trecutului;
- prezentului;
- viitorului.

Acest travaliu psihic îndelungat presupune deci reorganizarea stării de cunoaştere schematică. După cum a arătat Freud, la pierderea unei persoane iubite trebuie să fie preelaborate situaţiile hotărâtoare care ne amintesc de persoana pierdută, până ce întreaga schemă a persoanei este prevăzută cu o negaţie, cu un semn de negaţie. În travaliul de doliu se exprimă limpede şi un aspect energetic care indică realizarea travaliului psihic (Fischer, 2001).

Revenind la durere, trebuie precizat că aceasta se manifestă la următoarele niveluri:

• *Fizic*: oboseală, lipsă de energie, senzaţie de nod în gât/gheară în piept, uscăciune a gurii, slăbiciune musculară, tensiune la nivelul stomacului, susceptibilitate mai accentuată la îmbolnăviri.

• *Mintal*: negare, confuzie, lipsă de concentrare, dificultăţi în a lua decizii, preocupări, senzaţia „prezenţei" decedatului.

• *Emoţional*: tristeţe, dor, furie, vinovăţie etc.

• *Spiritual*: chestionarea propriilor credinţe şi principii de viaţă (Huntley, 2001).

Tatlebaum, adoptând perspectiva procesuală asupra travaliului de doliu, vorbeşte despre următoarele stadii:

• *Faza de şoc*: se manifestă reacţia de negare a realităţii („Nu este adevărat!"), deoarece moartea persoanelor semnificative este de neconceput. În mod obişnuit, are loc instalarea unei stări de „amorţire" psihică, de suspendare într-un stadiu de irealitate în care persoana este numai vag conştientă de ce se petrece în mediu. Este o stare-tampon, ca o protecţie naturală pe care psihicul o foloseşte pentru a face faţă şocului. În această fază sunt obişnuite şi stările de panică, şi cele de agresivitate.

• *Faza de suferinţă şi dezorganizare*: este perioada în care se resimte impactul total al pierderii suferite. Durerea este intensă, dar nu constantă. Caracteristici:

- ruminări;
- suferinţă emoţională acută;

- depresie;
- gânduri suicidare;
- afectarea somnului;
- developarea pierderii în vise;
- stări anxioase;
- preocupări obsesive cu privire la sănătate sau la funcţionarea propriului corp;
- afectarea vieţii sexuale;
- sentimente de singurătate şi dor, de abandon, de vinovăţie şi furie;
- apare tendinţa de a idealiza persoana decedată;
- pot apărea manifestări inconştiente de autorănire (accidente, răniri);
- afectarea funcţionării organelor receptoare: iluzii, halucinoze, halucinaţii;
- afectarea procesului de decizie;
- afectarea imaginii de sine.

• *Faza de reorganizare*: sentimentul pierderii se diminuează, trecând de la starea de mâhnire intensă spre cea de tristeţe moderată. Toate manifestările de mai sus devin mai moderate. O caracteristică importantă a acestui stadiu este faptul că se reinstalează preocuparea cu privire la propriul viitor. În general, nivelul de funcţionare este „aproape normal".

• *Rezoluţia travaliului de doliu*: scopul acestui stadiu este „încheierea afacerilor neterminate" la nivelul relaţiei cu decedatul, în aşa fel încât persoana să se reconecteze cu viaţa. Pentru o bună rezoluţie a doliului, foarte utilă este tehnica gestalt-terapeutică de a spune „la revedere", dezvoltată de la tehnica scaunului gol. Câteva precizări cu privire la această tehnică vor fi făcute în capitolul 1.3.

Câteva aspecte diferenţiale cu caracter de descriere generalizatoare privind raportarea la durere în funcţie de sex şi vârstă sunt necesare, deoarece ele pot modela procesul terapeutic în cazul travaliului de doliu. Astfel:

• *Durerea la bărbaţi*: bărbaţii sunt centraţi preferenţial pe sarcină în detrimentul elementelor relaţionale şi emoţionale. Tendinţa acestora este de a-şi suprima sentimentele. De asemenea, există tendinţa bărbaţilor de a se considera drept protectori/asiguratori ai familiei. De exemplu, în cazul morţii unui copil, tatăl poate considera că nu a reuşit să-şi protejeze copilul de durere/moarte. Uneori, bărbaţii pot avea dificultăţi în a cere ajutor pentru propria persoană, iar această situaţie poate crea un conflict cu o altă tendinţă: aceea de a considera că este responsabilitatea lor să-şi continue viaţa cât mai rapid.

• *Durerea la femei*: femeile sunt în mai mare măsură centrate pe exprimarea sentimentelor. Ele au nevoie să discute despre sentimentele lor. Dacă această nevoie nu le este satisfăcută, ele se pot simţi izolate. În cazul unor părinţi care se află în doliu după copilul lor, mama poate ajunge chiar să se întrebe dacă tatăl suferă, neînţelegând modul diferit de manifestare a durerii la bărbaţi.

• *Durerea la copii*: există cinci principii care diferenţiază durerea copilului faţă de cea a adultului:

- copiii trăiesc totul în mai mare măsură la nivel fizic;
- se exprimă mai puţin verbal;
- îşi exprimă furia într-un mod foarte direct;
- trăiesc doliul intermitent;
- îşi reglează nevoile în funcţie de nevoile părinţilor (Huntley, 2001).

În literatura de specialitate se vorbeşte de mai multe tipuri de durere. De fapt, este vorba despre diferite blocaje care pot apărea sau nu pe parcursul procesului de jelire a celui pierdut (criteriu de clasificare). Se face astfel distincţia între:

• *Durerea normală*: atunci când stadiile procesului de doliu se succedă cu succes şi persoana reuşeşte să ajungă la o rezoluţie a durerii.

• *Durerea patologică*: intensitatea manifestărilor depăşeşte intensitatea şi limitele aşteptate. Mai mult, manifestările ajung să se clusterizeze sub formă de tulburări psihiatrice (de exemplu, tulburarea de stres post-traumatic – după DSM IV – sau sindromul bazal de suprasarcină psihotraumatică, sindromul de suprasarcină complexă psihotraumatic - după Fischer).

Alte tipuri de durere întâlnite sunt:

- durerea nerezolvată;
- durerea întârziată;
- durerea deformată;
- durerea anticipatorie (Mitrofan şi Buzducea, 1999).

În final, ne propunem stabilirea distincţiei conceptuale între noţiunea de dezvoltare şi cea de individuare. Aceasta deoarece confruntarea cu o situaţie de criză, cum este moartea unei persoane semnificative, se constituie într-o provocare foarte serioasă pentru evoluţia interioară a fiecăruia dintre noi.

Dezvoltarea reprezintă un pattern de schimbări care încep din momentul conceperii şi continuă pe parcursul întregului ciclu de viaţă. Dezvoltarea presupune atât creştere, cât şi alterare/dezagregare (ca în cazul morţii şi procesului morţii). Acest pattern de schimbări este complex, deoarece este produsul mai multor procese: biologice, cognitive, sociale (Simons, 1994).

Individuaţia este un „proces de formare şi particularizare a individului, în special de dezvoltare a individului psihologic ca fiinţă distinctă de ansamblu, de psihologia colectivă. Individuaţia este un proces de diferenţiere, al cărei ţel stă în dezvoltarea personalităţii individuale" (Jung, 1997).

Stadii, sarcini psihologice înainte şi după moartea unei persoane dragi

Acest subcapitol îşi propune să facă o serie de precizări cu privire la procesualitatea durerii şi să puncteze aspecte specifice ale acesteia înaintea şi după moartea propriu-zisă a persoanei semnificative. Vom dezvolta anumite aspecte precizate mai pe scurt în capitolul anterior, mai ales cu privire la travaliul de doliu.

Schema prezentării acestui capitol se găseşte la sfârşitul lucrării (anexa 1). Aceasta cuprinde:

- Stadii/sarcini înainte de evenimentul morţii propriu-zise:
  - vestea morţii apropiate;
  - negare şi izolare;
  - furie, invidie, resentimente;
  - negocierea cu Dumnezeu;
  - depresie;
  - acceptare.

- Stadii/sarcini după evenimentul morţii propriu-zise:
- acceptarea realităţii pierderii;
- lucrul cu suferinţa;
- adaptarea la o lume din care lipseşte persoana decedată;
- realocarea emoţională/continuarea vieţii.

Vestea morţii apropiate nu este întotdeauna posibil de dat. În cazul morţii subite, neaşteptate, nu mai există un timp de pregătire pentru pierdere, iar şocul psihologic al familiei este mai mare. Studiile şi observaţiile clinice atestă faptul că efectele negative ale pierderii sunt mai profunde în cazul morţii subite comparativ cu situaţia în care familia se aşteaptă la moarte, ca în cazul bolilor terminale. În această ultimă situaţie, începe un proces de „pregătire pentru moarte", atât pentru persoana bolnavă, cât şi pentru familia sa. Rezoluţia acestui proces, descris pentru prima dată de Elizabeth Kubler-Ross în *On Death and Dying*, este acceptarea.

Profesioniştii sunt de părere că este foarte important modul în care sunt împărtăşite veştile rele. Practic, nu se pune problema dacă veştile rele trebuie sau nu comunicate, ci se pune întrebarea „Cum se poate face acest lucru eficient şi în condiţii optime?". Desigur, modul de comunicare se va modela în funcţie de vârsta şi nivelul de dezvoltare/maturitate a persoanei, în funcţie de istoria de viaţă şi de nevoile acesteia. Ca un punct universal valabil, calitatea relaţiei dintre persoana care comunică vestea rea şi cea care o primeşte este esenţială.

Câteva recomandări generale privind comunicarea veştilor rele sunt:

- controlul mediului (familiar, intimitate);
- controlul informaţiei (ce – cum – cât spunem; cuvinte simple, informaţii corecte);
- controlul propriilor emoţii (empatie, înţelegere, împărtăşirea durerii în anumite limite. Nu vă manifestaţi nici excesiv de deznădăjduit, nici fals optimist);
- asigurarea persoanei cu privire la continuarea susţinerii din partea celui care dă vestea rea;
- acceptarea manifestărilor emoţionale ale persoanei;
- a ajuta familia să-l lase pe bolnavul în faza terminală să moară (pregătirea pentru finalul vieţii); a-i ajuta pe părinţi/fraţi să fie implicaţi în acest proces; a încuraja comunicarea onestă;
- menţinerea unui mediu normal, cu scopuri de scurtă durată (a da un sens fiecărei zile).

Negarea şi izolarea este primul stadiu descris de Kubler-Ross ca fiind trăit de cei care primesc vestea morţii apropiate. Această procesualitate se aplică însă nu numai în cazul celui bolnav, ci şi în cazul familiei acestuia.

„Nu este adevărat!" este reacţia-tampon iniaţială. Este ceea ce poetul Rabindranath Tagore numeşte „Baricadarea omului faţă de sine însuşi". Durata acesteia este variabilă de la o persoană la alta, ea putând însă să se şi cronicizeze. De fapt, există riscul de blocaj în acest stadiu, mai ales la persoanele care au folosit frecvent în istoria lor de viaţă negarea şi/sau disocierea ca mecanisme de *coping*. De asemenea, negarea se poate instala intermitent în funcţie de context şi de personalitatea celor cu care pacientul intră în contact. Negarea se va mai instala pentru perioade scurte şi pe parcursul stadiilor următoare. Comportamente tipice: apelul la alţi medici, vrăjitoare, vindecători (distincţia faţă de o atitudine sănătoasă de confruntare cu un obstacol!).

În cazul bolilor care implică o deteriorare fizică evidentă, negarea nu poate fi menţinută prea mult timp. Atunci când negarea nu mai poate fi menţinută, se instalează faza următoare.

Furie, invidie, resentimente sunt câteva dintre sentimentele care apar în mod natural atunci când negarea nu mai poate fi menţinută. Reacţia este de genul: „De ce ni se întâmplă nouă asta?". Furia este firească, datorată întreruperii premature a activităţilor normale, zilnice. Persoana şi familia acesteia trebuie să se adapteze unei noi realităţi. În acest stadiu este firească proiectarea furiei în exterior. Acest lucru este dificil de suportat de medici, asistente medicale, familie etc. Ce e de făcut?

- a nu interpreta ca pe un afront personal comportamentul pacientului/familiei contribuie la prevenirea escladării;
- toleranţă;
- a asculta pacientul şi uneori a-i accepta accesele de furie iraţionale duce, de regulă, la liniştirea pacientului, apărând sentimentul de acceptare.

Negocierea cu Dumnezeu este un stadiu aproape în întregime subiectiv şi nemărturisit. Este o reacţie de genul: „Dacă Dumnezeu s-a decis să mă ia de pe lumea aceasta, iar furia mea nu a avut nici un efect asupra lui, poate va fi impresionat dacă îl rog frumos". Este o reacţie pe care o întâlnim la copil care mai întâi impune fără drept de apel şi apoi începe să roage frumos pentru a obţine favorul dorit.

Acest tip de reacţie regresivă se instalează şi la bolnavul aflat într-o fază terminală şi chiar la familia sa. Este o încercare de a face o convenţie, în aşa fel încât inevitabilul să fie amânat; istoria de viaţă ne învaţă că uneori comportamentele bune sunt recompensate.

O altă caracteristică a acestui stadiu sunt termenele-limită autoimpuse şi nerespectate. Dacă iniţial negocierea poate fi pentru o zi sau două fără durere, cel mai adesea, când acest termen a trecut, va reapărea tendinţa de a relua negocierea. Din această cauză, acest stadiu se asociază cu sentimente ascunse de vină.

Depresia se instalează după ce negarea şi furia au trecut. Cel mai adesea, boala a avansat foarte mult, şi pierderile au devenit evidente. Poate fi vorba de pierderi precum: pierderea slujbei/şcolii, pierderea funcţionării unor organe, pierderi financiare, pierderea rutinei obişnuite de viaţă.

Este important de făcut distincţia între depresia reactivă (o pierdere trecută) şi depresia preparatorie (pierdere viitoare; facilitează trecerea în stadiul de acceptare), deoarece putem adopta un comportament potrivit cu starea persoanei. Iată câteva indicaţii de conduită pentru fiecare tip de situaţie:

a) *depresie reactivă*: accent pe lucrurile bune, valoroase, asigurări, încurajări, umor, ascultare, acceptare, ajutor practic;
b) *depresie preparatorie*: nu trebuie încurajat să privească partea plină a paharului, să nu fie trist („n-ai voie să te gândeşti la propriul sfârşit"), ci trebuie ascultat, folosindu-se cuvinte puţine şi oferindu-se sprijin.

Kubler-Ross evidenţiază că depresia preparatorie e necesară şi benefică pentru pacient. Ea îl ajută să se pregătească pentru „marea trecere".

Stadiul de acceptare poate fi atins dacă a existat un timp de pregătire şi ajutor pe parcursul celorlalte stadii. Nu e un stadiu de fericire, ci este ca şi cum durerea ar fi

trecut, lupta s-a terminat şi urmează o perioadă de odihnă înaintea „marii călătorii". Este o perioadă destinată decatexiei (desprindere graduală/întreruperea comunicării reciproce). Familia are mai multă nevoie de susţinere decât pacientul în acest stadiu, pentru a înţelege corect ceea ce se întâmplă cu muribundul şi pentru a putea preveni sentimentele de vinovăţie sau de frustrare.

Familia şi profesionistul care oferă ajutor trebuie să înveţe să facă diferenţa între acceptare şi situaţia în care pacientul renunţă prea devreme la lupta pentru viaţa lui. Confuzia stadiilor poate transforma ultima experienţă a pacientului în una traumatică. Este o perioadă în care pacientul are nevoie de comunicare nonverbală, linişte, vizitatori puţini, nevoia de o prezenţă permanentă, liniştitoare.

Doliul se manifestă la început printr-o perioadă de durere acută, urmată apoi de o perioadă mai lungă de „jelire". După cum scriam mai sus, durerea sufletească nu se manifestă întotdeauna cu aceeaşi intensitate. De asemenea, în cazul în care pierderea înseamnă moartea unui copil, perioada de doliu este mai lungă decât cea din cazul decesului unui adult. Lucrările de specialitate vorbesc de o extindere a doliului la 2-3 ani. Rosof, citată de Huntley (2001), observă că mulţi dintre părinţi trăiesc al doilea şi chiar al treilea an de doliu ca fiind chiar mai dureros decât primul. Acest lucru este explicat prin faptul că, în acest interval, părintele ajunge să conştientizeze în totalitate ireversibilitatea pierderii sale.

Pentru fiecare părinte, timpul necesar vindecării va fi individualizat, în funcţie de o serie de factori cum sunt:

- circumstanţele decesului;
- natura relaţiei avute cu copilul;
- experienţa anterioară a părinţilor în legătură cu moartea sau alte experienţe dificile;
- abilitatea de a face faţă;
- puterea sistemului de suport;
- circumstanţele curente de viaţă.

Decesul unui copil reprezintă o provocare extraordinar de mare pentru cuplu. Sunt foarte multe cupluri care nu reuşesc să se reconecteze la intimitate. Sunt studii care constată că rata de divorţ după pierderea unui copil este de 90% (Froehlich, 2000).

Doliul este un proces care are o anumită succesiune a fazelor:

- şoc şi negarea realităţii;
- căutare şi dor: este o căutare atât a persoanei moarte, cât şi a semnificaţiei morţii acesteia;
- dezorganizare şi disperare: manifestarea dificultăţilor de funcţionare;
- reconstrucţie şi vindecare.

Trebuie remarcat faptul că trecerea de la un stadiu la altul nu se petrece neapărat într-o manieră foarte precisă. Pot exista suprapuneri şi reluări ale diferitelor stadii şi faze.

William Worden (1991) descrie următoarele sarcini (*tasks*) ce trebuie realizate pe parcursul doliului:

1. *Acceptarea realităţii pierderii*: depăşirea manifestărilor firesti de negare, conştientizarea pierderii definitive făcându-se gradat. Worden atenţionează asupra manifestărilor de negare cronică (a păstra neschimbat tot ce ţine de copil *versus* îndepărtarea rapidă/totală a tuturor amintirilor).

În acest stadiu, participarea la ritualurile funerare ajută acceptarea. Este nevoie de timp şi de disponibilitate pentru manifestările emoţionale ale părintelui.

Consilierul sau persoana care oferă ajutor nu trebuie să se teamă să rostească cuvintele „Copilul a murit".

2. *A trece prin durere şi suferinţă* – implică:

- confruntarea cu durerea *versus* suprimare/evitare;
- pericole: dependenţe de substanţe, evitarea amintirilor, munca până la epuizare;
- orientarea spre persoane care pot oferi ajutor.

3. *Adaptarea la un mediu din care decedatul lipseşte* – presupune trei tipuri de adaptări:

- la pierderea rolurilor pe care copilul le avea în viaţa părinţilor;
- la o nouă imagine de sine (de exemplu, nu mai sunt părinte/pierderea rolului de protector, de persoană care oferă îngrijire);
- la o nouă lume/concepţie despre lume (credinţă: viaţa nu e dreaptă).

4. *A reinvesti emoţional copilul decedat şi a merge mai departe*:

- nu înseamnă a renunţa la copil şi la relaţie, ci a stabili o nouă relaţie cu el;
- prevenirea sentimentelor de vinovăţie a părinţilor vizavi de amintirea copilului.

Sarcinile consilierului pe parcursul travaliului de doliu

Ascultaţi cu luare-aminte cuvântul meu şi aici
să se oprească mângâierile voastre către mine.

Cartea lui Iov, 21: 1-2

Aşa cum am arătat, travaliul de doliu presupune a intra în contact, a exprima şi a da un sens unor emoţii extrem de intense şi de variate. Sarcina consilierului va fi una foarte delicată, deoarece el va trebui să însoţească persoana atunci când aceasta îşi descoperă şi îşi exprimă sentimente precum: deprimare, disperare, frică, resentimente, abandon etc. Froehlich (2000) enumeră câteva recomandări de care este de dorit să ţină cont consilierul pe parcursul travaliului de doliu:

- conştientizarea de către consilier a dificultăţii travaliului de doliu;
- cunoaşterea stadiilor durerii şi a individualizării mişcării clientului în cadrul acestor stadii;
- respectarea nevoilor clientului (consilierul nu trebuie să presupună că ştie el ce este mai bine pentru client);
- oferirea unui mediu de acceptare necondiţionată, de suport şi ascultare;
- evitarea tendinţei de a minimaliza durerea clientului şi/sau de a intelectualiza/teoretiza în legătură cu moartea şi cu sensul vieţii şi al morţii;
- ajutarea clientului de a se implica activ în organizarea înmormântării;
- a considera normale şi liniştitoare manifestări precum viziuni, vise, discuţii imaginare cu persoana decedată;
- stimularea exprimării creative a durerii;
- conştientizarea afectării relaţiei de cuplu sau a relaţiei cu copiii;
- facilitarea contactului cu persoane care au fost sau sunt în situaţii asemănătoare (grupuri de suport).

Printre principiile de terapie ce trebuie respectate pe parcursul travaliului de doliu sunt:

- actualizarea durerii (descrierea morţii, a circumstanţelor ei);
- identificarea şi exprimarea sentimentelor (furie, culpabilitate etc.);
- detaşarea de cel decedat (luarea unor decizii, schimbări);
- înlocuirea emoţională a persoanei decedate (stabilirea de noi relaţii);
- stabilirea unui termen-limită pentru doliu;
- reasigurarea normalităţii sentimentelor;
- recunoaşterea diferenţelor individuale în procesul durerii;
- accesul la suport nonintensiv pe termen lung;
- explorarea stilurilor adaptative (de exemplu, stil dezadaptativ: riscul de dependenţă);
- identificarea durerii nerezolvate;
- folosirea de adjuvanţi farmacologici când durerea este asociată cu tulburări psihiatrice (Mitrofan, 1999).

Considerăm important ca, în acest context, să vorbim şi despre *traumatizarea vicariată a consilierului*. Aceasta este definită ca: „transformarea experienţei interioare a terapeutului ca urmare a angajării empatice cu materialul traumatic al clienţilor" (Boyd-Webb, 1999). Traumatizarea vicariată este o reacţie normală la efectul cumulat al muncii stresante cu persoane traumatizate. Aceasta înseamnă că, prin expunerea la materialul traumatic al clientului, lumea cognitivă a terapeutului va fi alterată. Evident, această alterare a schemelor cognitive va avea un impact puternic asupra sentimentelor, relaţiilor şi vieţii terapeutului. Dacă aceste modificări nu sunt conştientizate de terapeut, ele pot cauza alterări permanente atât pentru client, cât şi pentru terapeut.

Traumatizarea vicariată neexplorată poate avea un impact negativ puternic asupra identităţii profesionale a terapeutului, putându-se ajunge la situaţii de schimbare a carierei sau de pierdere a relaţiilor personale. Pentru ca modificările să nu fie distructive, terapeutul trebuie să intre într-un proces paralel cu cel al clientului, pentru a integra şi transforma experienţele negative la care a fost expus.

Traumatizarea vicariată se mai numeşte şi traumatizare secundară, deoarece terapeutul este expus la traumă indirect, prin descrierile clientului şi prin propriile sale interpretări.

Mai jos, prezentăm câteva strategii de autoprotecţie pentru terapeuţi:

- educaţie continuă nu numai în domeniul traumatologiei;
- expunere limitată la traumă (balansarea cazurilor);
- angajarea într-o psihoterapie personală;
- contactul cu experienţe revigorante;
- menţinerea identităţii personale prin crearea unor limite între muncă şi viaţa personală;
- recunoaşterea sentimentelor pozitive asociate cu activitatea terapeutică.

VI.2. Tehnici psihoterapeutice utile în cadrul travaliului de doliu

Acest subcapitol îşi propune să enumere o serie de tehnici psihoterapeutice ce pot fi utile pe parcursul travaliului de doliu, fie în cazul adulţilor, fie în cazul copiilor.

Psihoterapia este „un proces interacţional conştient şi planificat ce-şi propune să influenţeze tulburările de comportament şi stările de suferinţă care, printr-un consens (între pacienţi, terapeut şi grupul de referinţă), sunt considerate ca necesitând un

tratament prin metode psihologice (prin comunicare, cel mai adesea verbală, dar şi nonverbală), în sensul unui scop bine definit, pe cât posibil elaborat în comun (minimalizarea simptomelor şi/sau schimbarea structurală a personalităţii), cu ajutorul unor tehnici ce pot fi învăţate în baza unor teorii ale comportamentului normal şi patologic. În general, aceasta implică o relaţie emoţională solidă" (Dafinoiu, 2000). Tehnica psihoterapeutică are în vedere „demersul deliberat, sistematizat, cu referire la un anumit mod de funcţionare mintală" (Ionescu, 1995). În ultimele decenii, psihoterapia a devenit tot mai elaborată şi mai diversificată, inventariindu-se peste 140 de forme prezumtive de psihoterapie şi peste 200 de tehnici.

Ca tip de psihoterapie, în cazul persoanelor care au pierdut pe cineva drag, este recomandată *psihoterapia contextual-modulară* – Francisc Macnab, care are avantajul de a fi o terapie de scurtă durată, multimodală. Teoretic, acest demers presupune 6 paşi:

- evaluarea/identificarea traumei centrale;
- identificarea anxietăţii centrale şi reducerea anxietăţii;
- căutarea originii anxietăţii centrale şi deculpabilizarea prin ruperea trecutului de prezent;
- travaliul în plan cognitiv: lucrul cu gândurile, amintirile şi visele;
- travaliul în plan existenţial: examinarea, explorarea nevoilor şi valorilor;
- travaliul pentru unificarea personalităţii, cu accent pe social, viitor, integrare.

Recomandată este de asemenea *terapia psihodinamică scurtă* – M.J. Horowitz. Acesta face următoarele recomandări:

- terapeutul trebuie să susţină o descriere detaliată a situaţiei traumatice şi a factorilor situaţionali prin *insight*-uri, vorbire, joc de rol, reprezentare artistică sau o nouă reprezentare scenică a situaţiei traumatice;
- reconstituirea evenimentului traumatic;
- explorarea stării emoţionale în situaţia traumatică;
- stimularea abreacţiei şi catharsisului;
- facilitarea şi susţinerea admiterii relaţiilor sociale, pentru a contracara tendinţa la paralizie emoţională şi izolare.

Pentru a împiedica copleşirea şi a elabora imaginile mnezice legate de situaţia traumatică, Horowitz face următoarele recomandări:

- structurarea evenimentelor şi structurarea şi organizarea informaţiilor;
- eliberarea clientului de stresurile extreme;
- liniştirea şi relaxarea acestuia;
- terapeutul să se ofere pe sine ca model de identificare, prilejuind o dependenţă şi o idealizare temporară;
- susţinerea restructurării cognitive, de exemplu, disputarea autoreproşurilor şi autoînvinuirii clientului, ca şi susţinerea interpretărilor psihoeducative;
- ajutarea pacienţilor să facă diferenţierea între prezent şi trecut;
- analiza elementelor situaţionale ce se află în legătură asociativă cu trauma şi indicaţia de a evita aceste situaţii;
- predarea tehnicilor de dozare pentru confruntarea dozată cu amintirile traumatice. Această funcţie de control va fi adoptată în terapie la început de către terapeut, apoi clientul învaţă de la el să limiteze amintirea traumei. În paşii ulteriori, clientul poate să preia el însuşi reglarea şi se va recurge şi la tehnici de autocalmare şi control cognitiv;

- oferirea de sprijin;
- evocarea de sentimente pozitive, care se deosebesc de afectele negative, în relaţie cu trauma;
- folosirea altor tehnici de reducere a stresului, cum ar fi tehnicile de relaxare;
- dacă este necesar, folosirea unor medicamente anxiolitice pentru a atenua simptomele foarte severe care împovărează terapia (Fischer, 2001).

În continuare, vom trece în revistă câteva tehnici utile în travaliul de doliu, fără a încerca vreo ordonare a acestora în funcţie de importanţa sau frecvenţa utilizării lor pe parcursul intervenţiilor cu clienţii:

1. Tehnicile rogersiene:
   - ascultarea activă;
   - tehnicile de reflectare: – reflectarea ecou;
     – repetarea pe alt ton, cu o nuanţă de umor;
     – amplificarea;
   - tehnici de reformulare: – reformularea sinteză;
     – reformularea clarificatoare;
     – reformularea prin schimbarea perspectivei;
   - tehnici de deschidere.
2. Tehnici de conştientizare corporală.
3. Tehnici de conştientizare afectivă şi relaţională.
   - tehnica scaunului gol;
   - tehnica reprezentării spaţiului personal;
   - tehnica punerii în scenă;
   - tehnica menţinerii.
4. Tehnici de conştientizare cu suport imaginativ şi de restructurare cognitivă.
   - tehnica fanteziei ghidate;
   - tehnici de diminuare şi integrare;
   - tehnica metapoziţiilor;
   - tehnica autodezvăluirii terapeutului (Mitrofan, 2000);
   - tehnici proiective;
   - lucrul cu visele;
   - tehnici de resemnificare;
   - folosirea poveştilor, pildelor, metaforelor;
   - scrierea de jurnale, scrisori;
   - tehnica „Eu sunt...";
   - tehnica spunerii „Adio" persoanei importante.

Vom prezenta mai pe larg această ultimă tehnică, deosebit de importantă în travaliul de doliu. Este o tehnică gestaltistă care porneşte de la tehnica scaunului gol. Pe parcursul ei, consilierul va ţine cont de următoarele recomandări:

- a-l ajuta pe client să conştientizeze dacă vrea cu adevărat să-şi ia la revedere;
- a stimula relaxarea clientului pentru experienţa ce va urma;
- a-l ajuta pe client să-şi imagineze persoana despre care va fi vorba în exerciţiu;
- a stimula clientul să exprime cu voce tare gândurile şi sentimentele din acel moment. Este importantă menţinerea discursului clientului la persoana I.

- a ajuta exprimarea simplă şi directă a emoţiilor clientului;
- folosirea tehnicii repetiţiei pentru a stimula explorarea mai profundă a sentimentelor;
- verificarea existenţei sentimentelor de furie faţă de cel decedat, chiar dacă acestea nu sunt evidente;
- stimularea conştientizării şi exprimării verbale de către client a realităţii morţii persoanei semnificative;
- exprimarea semnificaţiei şi valorii pe care clientul o asociază cu persoana decedată;
- exprimarea dorinţelor ascunse;
- păstrarea contactului cu stările corporale/fiziologice;
- exprimarea aprecierilor şi resentimentelor;
- dialogul se continuă până când clientul simte că şi-a încheiat „socotelile" cu persoana decedată şi că poate spune „Adio".

Uneori, exerciţiul se desfăşoară mai bine dacă clientul foloseşte un lucru real, semnificativ, ce i-a aparţinut persoanei decedate (Tatelbaum, 1980).

IV. 3. Studiu de caz

Travaliul de doliu al unui adult

Descrierea iniţială a cazului

Ioana, în vârstă de 34 de ani, se prezintă la cabinetul de consiliere în luna octombrie 2001. Prezentarea la cabinet se face după mai multe consulturi de sănătate. Ioana este supraponderală şi a urmat mai bine de un an tratament endocrinologic, convinsă fiind că are o disfuncţie glandulară. Deoarece a observat că acest tratament medicamentos nu îi ameliora starea fizică, a refăcut controlul endocrinologic. Noile analize au dovedit faptul că nu exista o afectare glandulară.

Medicul de familie i-a recomandat un consult psihiatric, deoarece Ioana se plângea de stări de nelinişte, de tristeţe şi de stări fizice dificil de suportat. Printre acestea se afla şi dificultatea de a-şi controla apetitul şi cantitatea de mâncare consumată.

Diagnosticul medicului psihiatru era „bulimie de stres".

Ioana se prezintă din proprie iniţiativă la cabinetul de consiliere, spunând: „Cred că se află ceva în spatele acestei bulimii. Aş vrea să lucrez, oricât de greu ar fi". Motivaţia puternică a clientei a reprezentat chiar de la început un element de prognostic favorabil.

Scopurile interviului iniţial au fost:

- culegerea unei scurte istorii a clientei;
- realizarea unei prime evaluări a unor variabile cum sunt: depresia, iritabilitatea şi anxietatea;
- stabilirea traumei centrale;
- stabilirea *obiectivului* general al şedinţelor, comun pentru clientă şi consilier; după interviul anamnezic, a devenit evident atât pentru consilier, cât şi pentru clientă faptul că scopul şedinţelor următoare nu va fi, aşa cum declara iniţial clienta, „controlarea a ce/când şi cât mănânc", ci explorarea sentimentelor legate de pierderea copilului.

Rezultatul principal al interviului iniţial: stabilirea traumei centrale.

Prezentarea anamnezică a cazului. Ioana este căsătorită şi a avut o relaţie echilibrată cu soţul ei. Împreună, au avut un singur copil, un băieţel, Marian. Când acesta avea 3 ani, a fost diagnosticat cu infecţie HIV. A fost un moment deosebit de dificil pentru familie, dar deoarece sănătatea băieţelului era bună, s-au hotărât să trăiască cât mai normal şi să se bucure de viaţă.

Pe parcursul spitalizărilor când mai dese, când mai rare ale băieţelului, acesta s-a împrietenit din ce în ce mai mult cu un alt băieţel seropozitiv, orfan şi abandonat de rude în spital, pe nume Nicu. Marian şi familia lui au hotărât să-l ia în îngrijire pe acest copil. Între timp, Ioana s-a angajat ca mamă socială la o casă de tip familial pentru copiii cu infecţie HIV.

Treptat, sănătatea lui Marian s-a înrăutăţit şi, în cele din urmă, în februarie 2001, a decedat în urma unei toxoplasmoze cerebrale. Aceasta este o afectare cerebrală destul de rapidă care evoluează spre exitus în câteva luni; persoanelor bolnave li se alterează treptat starea de conştienţă, apar crize şi convulsii şi afectarea organelor receptorii. În cazul lui Marian, boala s-a manifestat prin stări febrile puternice, convulsii, iar în ultimele luni orbire şi pierderea conştienţei pe perioade variabile.

După moartea lui Marian, Ioana s-a străduit să depăşească durerea pierderii copilului muncind cât mai mult (şi-a continuat activitatea la casa de copii). Deşi aparent viaţa ei era normală, iar Ioana funcţiona corespunzător în plan social, totuşi seara, în momentele de singurătate, ea încerca să-şi consume suferinţa, mascată pe parcursul zilei, mâncând foarte mult.

Ioana s-a prezentat la cabinetul de consiliere după 8 luni de la moartea lui Marian.

Trauma centrală. Pierderea unei relaţii semnificative.

Obiectivele intervenţiilor. Povestind despre eforturile ei de mascare a suferinţei, Ioana a conştientizat chiar de la început faptul că este posibil ca acest comportament alimentar dezechilibrat să aibă în legătură cu durerea ei sufletească.

Din punct de vedere terapeutic, scopurile intervenţiilor următoare au fost însoţirea şi stimularea clientei în explorarea şi exprimarea sentimentelor legate de pierderea băieţelului ei în vârstă de 13 ani. La un nivel mai general, obiectivele au fost reprezentate de:

- realizarea travaliului de doliu de către clientă;
- rezoluţia travaliului de doliu prin reinvestirea emoţională a relaţiei cu copilul decedat.

Scurtă evaluare a simptomelor. Orientativ, au fost aplicate trei chestionare rapide de evaluare a unor simptome, precum:

- *Depresia*: cu ajutorul scalei SDS (*Self-Rating Depression Scale*). Scor obţinut: 59, indicativ al depresiei severe. Trebuie subliniat faptul că scala nu măsoară depresia în sens psihiatric, ci este indicativă pentru dispoziţia depresivă.
- *Anxietatea*: cu ajutorul scalei HAS (*Hamilton Anxiety Scale*). Scorul obţinut: 40, indicativ de anxietate severă. La fel, scorul indică nevroza anxioasă ca sindrom, nu anxietatea generalizată ca boală.
- *Iritabilitatea*: cu ajutorul IDA (*Irritability, Depression and Anxiety Scale*). Scorul pentru iritabilitatea îndreptată în exterior: 7, indicativ al unei iritabilităţi moderate. Scorul pentru iritabilitatea îndreptată spre sine: 10, indicativ al unei iritabilităţi mari. Acest scor ridicat în cazul iritabilităţii îndreptate spre propria persoană poate fi corelat şi cu tendinţa spre comportamentul bulimic.

Prima şedinţă de consiliere

În această primă şedinţă, clienta şi-a exprimat îngrijorarea cu privire la faptul că nu putea să recupereze din memorie nici un fel de amintiri plăcute în legătură cu copilul ei, indiferent ce ar fi făcut. O speria în mod deosebit faptul că privea fotografii cu Marian, chiar urmărea înregistrări video cu el şi tot nu-şi putea aminti nimic în legătură cu „adevăratul meu copil". Ioana se simţea blocată pe imaginile negative din ultimele luni de viaţă ale lui Marian, timp în care copilul suferise foarte mult datorită toxoplasmozei. În plus, aproape orice din mediu îi amintea de aceste imagini negative. În ultimul timp, reacţiile sau cuvintele copiilor pe care îi îngrijea îi aminteau în mod constant de suferinţa copilului ei. Aceste manifestări de „pierdere de memorie" o îngrijorau în sensul că îşi imagina nu numai că şi-a pierdut trupeşte fiul, dar l-a pierdut şi mintal, şi sufleteşte pentru că nu şi-l mai poate aminti altfel decât bolnav, suferind sau mort.

Restul şedinţei a constat în povestirea evenimentelor din ultimele luni de viaţă ale copilului şi în explorarea sentimentelor asociate cu acestea. În acest mod, s-a început *reconstituirea evenimentului traumatic*. Ioana a conştientizat următoarele:

- sentimente de neputinţă legate de suferinţa fizică extremă a fiului său;
- sentimente de furie şi ură faţă de cei care i-au infectat copilul cu virusul HIV;
- agresivitate faţă de aceste persoane, dorinţa de a-i face să sufere aşa cum a suferit şi copilul ei.

În continuare, am considerat oportună folosirea unui exerciţiu de exprimare a agresivităţii. Ioana a fost stimulată să-şi exprime agresivitatea faţă de aceste persoane, folosind drept vehicul un strat gros de coli de hârtie cu care s-a comportat „ca şi cum aceste foi ar fi oamenii despre care vorbeşti şi ca şi cum tu ai avea putere absolută asupra lor". Timp de 8 minute, Ioana a lucrat asupra foilor, distrugându-le pe rând. În prima parte a exerciţiului a lucrat în tăcere, apoi a fost stimulată să rostească şi cuvinte, să asocieze mesaje verbale gesturilor ei. Exerciţiul a fost dificil pentru clientă, aceasta plângând foarte mult pe parcursul lucrului şi după terminarea exerciţiului.

În concluzie, prima şedinţă a permis:

- motivarea clientei pentru explorarea sentimentelor negative;
- explorarea unei părţi a acestora.

A doua şedinţă de consiliere

Scopul acestei şedinţe a fost acela de continuare a stimulării exprimării sentimentelor de către clientă. Într-adevăr, la început, Ioana a mărturisit că simte acelaşi blocaj legat de reamintirea imaginilor pozitive legate de fiul său, fapt ce îi trezeşte sentimente intense de furie şi de neputinţă. Pe de altă parte însă, această discuţie a facilitat intervenţia unui element-surpriză, pe care clienta l-a evitat în interviul anamnezic, deoarece îl considera „neimportant, uitat" şi fără legătură cu situaţia sa actuală. Clienta reuşeşte să povestească faptul că a mai avut o fetiţă pe care a născut-o moartă, la 8 luni de sarcină. Fătul era encefalopat, iar mama nu l-a văzut decât „pe fugă" timp de o secundă. Ioana povesteşte că i s-a părut că fătul semăna cu o maimuţă, iar acest lucru a născut în ea sentimente extrem de contradictorii. Nu a apucat să-l vadă prea bine, deoarece i-a fost luat rapid şi i-a fost interzis să-l mai vadă.

Chiar de la început am încercat deculpabilizarea clientei, arătând că naşterea s-a petrecut în circumstanţe de stres accentuat, în condiţii de oboseală, epuizare, frică. În plus, aceasta

era şi prima naştere. Toţi aceşti factori, când acţionează împreună, pot duce la deformarea imaginilor; putem vedea lucruri mult deformate în comparaţie cu imaginea lor reală.

Această naştere s-a petrecut în circumstanţe extrem de nesuportive pentru clientă, personalul medical fiind străin şi puţin interesat de nevoile afective ale pacientei, lăsând-o singură şi fără explicaţii. În aceste condiţii, Ioana şi-a simţit trupul folosit, „inocenţa folosită", s-a simţit părăsită, ignorată, furioasă şi neputincioasă.

Ipoteza care s-a născut după aflarea acestui nou element anamnezic a fost că experienţa respectivă, vizavi de care clienta nu se simţea tocmai confortabil, nu a fost integrată. Această naştere „ratată", care a fost asociată mintal cu imaginea unui copil-maimuţă, probabil că se asociază cu puternice sentimente de culpabilitate a mamei.

Folosind reformularea, i-am spus clientei că relaţia dintre ea şi fetiţa ei pare destul de neconturată, ea nefiind nici destul de clar începută, nici destul de clar sfârşită. Chiar dacă fetiţa a existat pe lumea aceasta un timp foarte scurt, totuşi ea a fost o fiinţă umană şi trebuie tratată ca atare. În această reformulare ne-a interesat foarte mult să umanizăm imaginea pe care mama o avea în legătură cu fătul. I-am propus mamei să ne ocupăm pe parcursul şedinţei respective de această relaţie. Urmăream, de fapt, realizarea unui travaliu de doliu pe relaţia Ioana-făt pierdut. Am considerat oportună această intervenţie din trei motive:

- Pentru integrarea experienţei legate de primul copil de către clientă.
- Pentru a face o pregătire pentru travaliul de doliu legat de relaţia cu Marian, ce va fi desfăşurat în una dintre şedinţele viitoare.
- Pentru a debloca clienta, care tindea să se centreze pe blocajul ei legat de imaginile pozitive despre Marian, prin stimularea unei experienţe alternative.

Înainte de a începe travaliul de doliu, pentru a umaniza situaţia îi sugerez Ioanei să-i dea un nume fetiţei ei. Alege numele de Mariana, ceea ce întăreşte ipoteza unui lucru în paralel şi pentru băieţelul mort. Travaliul de doliu a început printr-un joc de rol realizat de Ioana. Au fost parcurse următoarele puncte:

- Mariana îi spune mamei ei cum a fost viaţa ei timp de 8 luni în pântecele mamei, cum a simţit dragostea şi protecţia maternă.
- Ioana îi spune fetei ei cum a fost pentru ea să fie gravidă pentru prima oară în viaţă.
- Fata îi răspunde că a simţit că Ioana a fost o mamă bună şi iubitoare.
- Ioana este stimulată să-şi exprime toate sentimentele negative asociate cu acest copil. Sunt evocate sentimente de:
  - confuzie;
  - frică de anormalitate;
  - vinovăţie („Probabil că este ceva în neregulă cu mine, poate că nu merit să fiu mamă.");
  - sentimentul de a fi fost jefuită de personalul medical de ceva ce îi aparţinea, chiar dacă era vorba de un făt mort sau anormal;
  - singurătate;
  - ruşine;
  - ratare.
- Sentimentele pozitive asociate cu acest copil:
  - dragoste;
  - uniune;

- tandreţe;
- speranţă.

- Ce a însemnat acest copil pentru Ioana/ce a învăţat de la el:
  - acest copil a transformat-o în mamă;
  - a fost prima fiinţă care a mişcat în pântecele ei;
  - a transformat-o în femeie;
  - „În prezent, cel mai important lucru pentru mine este să fiu mamă." - copilul a ajutat-o să-şi găsească vocaţia.
- Mulţumire adresată copilului.
- Gest de adio: o mângâiere. În momentul în care Ioana a realizat gestul de adio, scaunul gol cu ajutorul căruia lucrase a fost luminat de o rază de soare. Am folosit resemnificarea pentru a interpreta acest eveniment ca pe un semn de la fetiţă.

În cadrul acestei şedinţe au fost folosite cu predilecţie următoarele:
- tehnici rogersiene;
- tehnica scaunului gol;
- tehnica menţinerii;
- tehnici de resemnificare.

A treia şedinţă de consiliere

După travaliul de doliu din şedinţa anterioară, Ioana spune că se simte mai liniştită, că încă mănâncă seara, dar că are un control mai mare asupra alimentaţiei în sensul că, o dată ce a mâncat, se poate controla să nu mai revină la frigider. Spune că, deşi şedinţele sunt grele, reuşeşte ca în intervalul dintre şedinţe să se simtă mai bine. Simte că travaliul de doliu din şedinţa trecută a mai ajutat-o, în sensul că reuşeşte să privească copiii mici de pe stradă fără să se mai simtă extraordinar de afectată. În familie, încă nu se comunică despre doliu, membrii familiei protejându-se unii pe alţii.

În cadrul acestei şedinţe, am folosit drept pretext de lucru două desene proiective: desenul copacului şi cel al omului. Pe parcursul realizării acestor desene, am înregistrat comentariile clientei care erau de genul: „Nu am talent! Şi un copil ar desena mai bine ca mine!".

Copacul. Ioana a desenat un copac în floarea vârstei, primăvara, într-o grădină. Este „un copac printre copaci", un măr care dă roade, adăposteşte păsări şi dă celor din jur sentimente de încredere în exterior şi de linişte.

Pornind de la acest desen, am realizat următorul dialog cu clienta:

Consilierul: - Cum te reprezintă acest arbore?

Ioana: - Ca şi copacul, eu dau linişte copiilor, îi educ, le dau încredere şi îi adăpostesc...

C: - Adică, te comporţi ca o mamă bună (*încuviinţează*)... cum ai ajuns să fii o astfel de mamă bună?

I: - Prin experienţa cu Marian...

C: - El te-a învăţat să fii o mamă foarte bună.

I: - Fără el aş fi fost o mamă bună, dar nu chiar atât de bună.

C: - Ai făcut asta crescându-l cu mare grijă, fiind alături de el, de când era în pântecele tău, până când a murit. Ai cunoscut totul despre el, fiind lângă el chiar şi în suferinţă, chiar şi atunci când l-ai spălat pentru înmormântare. (*Aceasta era una dintre imaginile negative pe care clienta se simţea blocată. Am încercat resemnificarea acestei imagini şi desensibilizarea în legătură cu ea.*)

Desenul omului. Ioana a desenat un băieţel de 13 ani, cuminte, iubitor. Dialogul desfăşurat pornind de la acest desen a fost:

C: – De ce crezi că ai desenat tocmai un băieţel de 13 ani?

I: – Pentru că asta arată dragostea mea pentru Marian.

C: – Arată dragostea ta şi mai arată....

I: – Dorul meu foarte mare de el.

C: – Uneori dorul este atât de mare încât...

I: – Încât mă duc la frigider şi mănânc...

C: – Mănânci ca şi cum ai umple un gol, un dor. Şi sentimentul care apare când tu faci acest lucru este...

I: – De vinovăţie. Că poate n-am făcut tot ce trebuia.

C: – Ce simţi când te auzi rostind aceste cuvinte: „poate n-am făcut tot ce trebuia"?

I: – Simt durere, şi furie, şi vinovăţie.

C: – Alege câte un creion colorat pentru fiecare sentiment şi aşază-le pe această foaie.

I: – Negru pentru durere... maro pentru furie şi albastru închis pentru vinovăţie. (*Ioana aşază aceste creioane pe foaia pe care a desenat băieţelul. Creionul albastru îl aşază peste băiat.*)

C: – Te rog să scrii un mesaj cu fiecare culoare. (*Cu negru a scris: „N-am putut să-l ajut pe Marian". Cu maro a scris: „Nu eu sunt vinovată pentru boala şi suferinţa lui Marian". Ezită la creionul albastru.*)

I: – La vinovăţie mă blochez. E ca şi cum mi s-ar goli mintea.

C: – O simţi, dar nu o poţi *încă* pune în cuvinte. (*Sugestie că va reuşi să îşi exprime vinovăţia.*)

I: – O simt, este prezentă...

C: – Este vorba despre o vinovăţie mai veche. Dacă nu mă înşel, ea exista şi când era vorba despre Mariana.

I: – Da, este o vinovăţie mai veche.

C: – Mai veche... Poţi să-ţi dai seama de când te însoţeşte?

I: – Mi-e destul de greu... E mai de mult.

C: – Dacă aceasta ar fi linia vieţii, desenează pe ea de când crezi că te însoţeşte vinovăţia. (*împarte linia în două*) Cam de jumătate de viaţă te însoţeşte.

I: – Da, dar nu-mi dau seama ce e. Sunt confuză, nu pot să-mi dau seama.

C: – E ca şi cum în tine ar fi două părţi: una legată de aceste sentimente neplăcute şi mai ales de vinovăţie şi alta blocată, confuză, care nu înţelege.

I: – Da, una care nu le vrea...

C: – Pe de o parte, unele sentimente neplăcute, dureroase vor să apară; pe de altă parte nu le laşi să apară fiind ocupată, muncind, gătind, lucrând sau devenind confuză. Spune-mi, aşa simţi sau este doar o imagine din mintea mea?

I: – Nu, exact aşa simt.

C: – Dacă îmi dau bine seama, până acum ai încercat o strategie pentru a face faţă acestor stări dureroase. Ai fugit de ele şi asta n-a mers. Ce altceva ai putea face?

I: – Nu ştiu, poate să le accept.

C: – Poate, dar până acolo mai ai de parcurs ceva drum. Spune-mi ce faci când cineva insistă să-i împrumuţi bani, tu nu vrei, drept pentru care îl tot amâni, dar el nu renunţă?

I: – Până la urmă îl împrumut, ca să scap de el.

C: – Poate că acelaşi lucru îl poţi face şi cu aceste sentimente, dacă schimbi strategia...

I: – Adică să le dau ce vor ele?

C: – Exact. Ele vor să le acorzi atenţie, să le bagi în seamă. Ai făcut vreodată asta până acum?

I: – Nu prea...

Prescrierea simptomului: 30 de minute, în fiecare seară, să scrie despre sentimentele negative. Chiar dacă nu are nimic de scris, să scrie timp de 30 de minute „Nu am chef să scriu".

Desenele proiective au activat direct diada mamă-copil şi au permis evidenţierea unei *resurse* deosebite a clientei: calitatea de mamă bună, care dă încredere copiilor. Clienta şi-a putut exterioriza, chiar materializa sentimentele dominante negative legate de pierderea copilului.

Am considerat important în această şedinţă să folosim *resemnificarea*. În acest sens, am accentuat faptul că dacă aceste sentimente negative se manifestă atât de intens înseamnă că probabil ele au un mesaj de transmis. Am comparat aceste imagini cu o persoană sâcâitoare, care îşi urmăreşte cu perseverenţă „ţinta" până ce aceasta îi acordă atenţie. În felul acesta, Ioana a conştientizat faptul că este necesar să acorde atenţie acestor imagini negative, care în mod obişnuit o sperie şi de care se străduieşte atât de mult să scape, căutând cu disperare imagini pozitive cu fiul său.

Prin prescrierea „curei de jurnal" 30 de minute zilnic, am stimulat ventilarea emoţiilor şi sentimentelor negative în mod constant. Şedinţa a treia a avut drept scop tocmai această activare a resurselor clientei şi de stimulare a acestora pentru o exprimare constantă şi controlată a emoţiilor legate de pierdere.

A patra şedinţă de consiliere

Ioana a ţinut jurnalul destul de constant şi spune că scrisul o linişteşte foarte mult. Are impresia că acest lucru îi dă şi mai mult puterea de a se controla la mâncare. Spune că între şedinţe se simte foarte bine, chiar dacă în timpul lor plânge foarte mult. În general, consideră că travaliul îi face bine.

Un progres semnificativ înregistrat la începutul acestei şedinţe a fost faptul că Ioana a început să regăsească imagini cu Marian. Îşi aduce aminte cum era el, cum se mişca, ce-i plăcea. O rog să-mi povestească ceva, orice îi vine în minte în legătură cu aceste imagini. Porneşte de la faptul că Marian era un copil cuminte, căruia îi plăcea să înveţe. Îşi aminteşte cum s-a luptat cu părinţii şi cu profesorii pentru a-l menţine la şcoală atunci când aceştia au aflat că era seropozitiv; cum a fost dat afară de la şcoală; cum a început să i se deterioreze sănătatea. Povestind printre lacrimi, Ioana ajunge la ultimele zile de viaţă ale fiului său, când acesta era acasă, foarte bolnav, orb.

Îşi evocă sentimentele de:

- neajutorare;
- milă;
- neputinţă;
- oboseală;
- epuizare;
- nerăbdare;
- vinovăţie născută din faptul că îşi dorea ca Marian să moară mai repede pentru a scăpa de dureri;
- furie faţă de soacra care îi spunea că Marian trebuia lăsat singur să-şi dea sufletul (lucru ce contravenea tendinţei ei de a fi lângă el, de a-l ajuta; conflictul cu soacra îi „mânca energia" şi o făcea să se simtă singură şi neînţeleasă).

Marian era un băieţel foarte credincios şi avea o colecţie de icoane la capătul patului său. Într-un moment de furie şi epuizare, Ioana a strigat „Doamne, Tu nu exişti!" şi a lovit şi a aruncat toate icoanele. După acest gest, a rămas cu un sentiment de vinovăţie foarte puternic. După moartea lui Marian, când acesta a fost dus la biserică pentru slujbă, Ioana a ţinut slujba pe loc mai bine de 30 de minute, rugându-se la Dumnezeu să o ierte pentru gestul făcut.

În cadrul şedinţei, explorând mai adânc, Ioana a conştientizat că teama fundamentală care a stat la baza comportamentului ei era aceea că Marian va ajunge în Rai, iar ea pentru gestul făcut nu va putea să-l mai reîntâlnească vreodată.

Şedinţa s-a centrat din acest punct pe două aspecte legate de acest sentiment de vinovăţie:

- deculpabilizare prin afirmarea normalităţii manifestărilor de furie într-o astfel de situaţie de criză. În plus, am rugat-o pe Ioana să-şi amintească dacă copilul ei nu a fost niciodată foarte furios pe ea, dacă nu s-a răzvrătit niciodată împotriva vreunei decizii parentale. Desigur că acest lucru se întâmplase, dar acesta nu afectase dragostea sau înţelegerea ei faţă de copil. Pentru deculpabilizare am folosit analogia relaţiei Ioana-Marian cu relaţia Ioana-Dumnezeu;
- resemnificarea situaţiei. În acest scop, am procedat similar cu modul descris de V. Frankl în cazul bătrânului rabbi ce îşi pierduse familia în lagărul de la Auschwitz şi care se temea că nu-şi va mai revedea niciodată copiii care muriseră ca nişte martiri inocenţi şi care ajunseseră, desigur, în Rai: „Nu este posibil, rabbi, ca tocmai acesta să fie sensul pentru care tu ai supravieţuit copiilor tăi? Nu cumva ai putea să te purifici prin aceşti ani de suferinţă, astfel încât în final, deşi nu mai eşti la fel de inocent ca şi copiii tăi, să poţi ajunge să meriţi să te bucuri de ei în Rai? Nu este scris în *Psalmi* că Dumnezeu păstrează toate lacrimile? Aşa că probabil nici una dintre suferinţele tale nu este în zadar" (*apud* Ionescu, 2001).

În finalul şedinţei, Ioana a vorbit despre faptul că va urma primul Crăciun fără Marian. Acest lucru a deschis discuţia spre exteriorizarea următoarelor aspecte:

- Ioana recunoaşte că o deranjează atunci când soţul ei ascultă muzică sau fluieră în maşină ori când Nicu ascultă muzică la maxim. Le interzice aceste manifestări;
- explorând sentimentele ei în legătură cu renunţarea la doliu, Ioana conştientizează că intelectual este pregătită să îşi ia „la revedere" de la Marian în viitorul apropiat, dar emoţional nu;
- are tendinţa de a cumpăra numai haine negre, ca şi cum s-ar pregăti pentru prelungirea doliului;
- cea mai importantă conştientizare în cadrul şedinţei este: „Dacă aş renunţa la doliu, mă tem că l-aş trăda/uita pe Marian".

În finalul şedinţei, sunt trasate următoarele teme:

- Ioana este rugată să continue să scrie în jurnal;
- i se sugerează să încerce să dea voie celorlalţi să-şi manifeste doliul aşa cum simt ei (resemnificare: lui Marian îi plăcea să asculte muzică tare; poate că Nicu îşi „consumă" doliul repetând lucrurile care îi plăceau lui Marian).

În concluzie, această şedinţă a permis:

- deblocarea amintirilor;
- lucru asupra sentimentelor de vinovăţie;
- conştientizarea tendinţei de a nu renunţa la doliu, ca modalitate simbolică de a menţine legătura cu copilul. De aici, s-a conturat pentru viitor obiectivul ca Ioana să fie ajutată să înţeleagă că îşi poate menţine relaţia cu copilul ei pentru totdeauna, păstrând un fundament pozitiv (poate renunţa la doliu fără ca aceasta să însemne că şi-a „uitat" sau părăsit copilul).

A cincea şedinţă de consiliere

Această şedinţă s-a desfăşurat în luna februarie 2002. În ianuarie, Ioana organizase parastas de un an pentru fiul ei. În ciuda acestui eveniment recent, la această şedinţă am observat că Ioana nu mai purta haine negre. Dimpotrivă, ea purta un pulover alb şi nişte pantaloni închişi la culoare. Am considerat acest lucru drept un progres semnificativ.

Şedinţa a debutat prin întrebări privitoare la sentimentele Ioanei pe parcursul ceremoniei de pomenire. Clienta spune că s-a simţit destul de bine, dar că totuşi au deranjat-o durerea şi plânsul celorlalţi. S-a simţit „deranjată" mai ales de soacră care a criticat-o că nu mai poartă haine negre, că nu plânge la pomană. Am rugat-o să-şi definească mai bine acest sentiment de „deranj", iar ea l-a explicat ca pe un amestec de nesiguranţă şi vinovăţie. Ca şi cum s-ar întreba „Sufăr cum trebuie? Am dreptul să mă port aşa?".

Scopul şedinţei a devenit, din această perspectivă, realizarea unei clarificări între sentimentele proprii şi sentimentele altora, astfel încât Ioana să se simtă mai sigură pe ceea ce simte, să îşi asume sentimentele şi să fie mai puţin vulnerabilă la acuzele celor din jur. De aceea, am întrebat-o pe Ioana de unde crede că vine comportamentul critic şi acuzator al soacrei. Ioana începe prin a povesti că aceasta este o femeie căreia „îi place să comande". Explorăm această idee pe direcţia „cine simte nevoia imperioasă de a comanda, de fapt se simte foarte nesigur pe el".

Consilierul: – De fapt, cui îi aparţin aceste sentimente de nesiguranţă şi vinovăţie?

Ioana: – Soacrei.

C: – Soacrei, nu ţie. (*Scriu pe două post-it-uri aceste sentimente şi le lipesc pe o carte care reprezintă spaţiul sentimentelor Ioanei; separat se află o altă carte care reprezintă spaţiul sentimentelor soacrei.*) Deci tu eşti aici, iar aceste sentimente, care nu îţi aparţin, ar trebui să stea aici... are vreun sens pentru tine ceea ce spun?

I: – Da, se potriveşte foarte bine, chiar aşa simt...

C: – Ce anume din ceea ce faci tu îi dă voie soacrei să îţi transmită aceste sentimente?

I: – Nu ştiu, nu am făcut până acum această distincţie între ceea ce este al meu şi ceea ce este al altora.

C: – Crezi că te-ar ajuta dacă ai face pe viitor această distincţie?

I: – Da, sentimentele astea nu sunt ale mele, nu îmi fac bine...

C: – Complică lucrurile. Dacă le menţii aici (*Arăt spre cartea ce o reprezintă pe ea.*) ele apar ca nişte obstacole care îngreunează procesul tău de doliu (*Îi explic despre procesul de doliu pentru a fi conştientă de progresele pe care le face, de stadiul în care se află, totodată mizând şi pe efectul procesului de sugestie.*) De fapt, care sunt sentimentele tale proprii, cele care sunt numai ale tale?

Ioana enumeră:

- Dorul după Marian.
- Mulţumire că parastasul s-a desfăşurat bine.
- Acceptarea faptului că viaţa merge înainte (la parastas, o cumnată a spus „Hai, noroc!", în loc de „Dumnezeu să-l ierte". Ioana la început s-a înfiorat, apoi şi-a dat seama că este vorba de reacţii normale, naturale şi că viaţa îşi continuă drumul, nu se opreşte. S-a bucurat şi la sfârşitul pomenii, când au rămas numai rudele apropiate şi când a trăit un sentiment de linişte şi de intimitate).
- Desprinderea treptată de Marian – pe care consideră că a realizat-o în următorii paşi:
  - în biserică, când s-a rugat să fie iertată că a aruncat icoanele („a fost foarte greu" pentru ea);
  - înainte de înmormântare, când a cerut să mai rămână capacul sicriului deschis pentru câteva secunde. Când s-a pus capacul, a simţit că a avut o mare cădere de energie;

– după parastas, a fost la cimitir. O vreme a privit mormântul fără să plângă, apoi brusc a simţit un dor foarte intens după Marian. A luat crucea în braţe, având un sentiment de derealizare (crucea = Marian; întoarcere, agăţare de trecut). A simţit cum „se scurge energia" din ea (continuarea procesului de eliminare treptată din psihic), apoi a devenit conştientă de faptul că Nicu o privea şi că se poate speria de comportamentul ei (reorientare spre prezent). În acest context, am considerat necesară punctarea în faţa clientei a etapelor acestei desprinderi treptate, asemenea unor mâini care se desprind treptat. Efectul acestei clarificări a etapelor prin care a trecut a fost un sentiment de linişte şi de pregătire din partea Ioanei. Acest sentiment a fost întărit, dându-i-se un feedback pozitiv cu privire la evoluţia sa, în ciuda parcurgerii unor etape foarte dureroase şi intense.

La finalul şedinţei, Ioana spune că a fost de acord ca soţul să-şi cumpere casetofon pentru maşină şi este mulţumită că acesta a arătat o deosebită consideraţie faţă de ea, împlinindu-şi această dorinţă după împlinirea unui an de la moartea fiului lor.

În ceea ce priveşte mâncarea, Ioana recunoaşte că vechile obiceiuri alimentare sunt greu de distrus, că încă mănâncă mult, dar că nu îşi pierde controlul. Pornind de aici, a fost importantă realizarea unei diferenţieri între „oamenii mâncăcioşi" şi bulimici, care îşi pierd controlul. S-a urmărit pozitivarea imaginii de sine, spunându-i-se că ea este doar o persoană care mănâncă mult, nu o bulimică. În acest fel, am încercat dezactivarea greutăţii diagnosticului dat de psihiatru înainte ca Ioana să vină pentru şedinţele de lucru cu psihologul.

Câteva concluzii parţiale. În urma celor cinci şedinţe, putem observa trecerea Ioanei spre faza de reorganizare. Primele şedinţe s-au desfăşurat mai ales în plan *emoţional*, lucrându-se cu sentimentele de vinovăţie, furie, regret etc. şi urmărindu-se diminuarea acestora. În şedinţa a cincea s-a lucrat mai ales în plan *cognitiv*, urmărindu-se separarea clară la nivel mintal între „eu" şi „altul", precum şi conştientizarea evoluţiei personale până în momentul de faţă.

Conform lui Francisc Macnab, următoarele şedinţe se vor desfăşura în plan existenţial şi de unificare a personalităţii.

Observaţii privind intervenţiile următoare

În intervenţiile ulterioare acestei şedinţe am urmărit orientarea spre social a Ioanei şi evidenţierea sensului experienţei ei prin integrarea în activităţi şi situaţii ce permiteau recunoaşterea şi valorificarea acestei experienţe. Observând că, în cazul Ioanei, ajutarea celorlalţi reprezenta un foarte bun mecanism de *coping*, am mers în aceeaşi direcţie, urmărind evidenţierea şi utilizarea potenţialităţilor Ioanei. În mod concret, orientarea spre social şi utilizarea potenţialului de ajutor al Ioanei au constat în:

- încurajarea Ioanei să scrie un articol despre experienţa ei;
- participarea la un interviu la televiziunea locală, în cadrul unei emisiuni ce viza destigmatizarea persoanelor afectate de HIV/SIDA;
- cooptarea ei în grupurile de suport pentru mamele copiilor seropozitivi, unde a avut un statut „special", fiind persoana care „a trecut deja prin ce este mai rău şi totuşi a rămas în picioare";
- susţinerea activităţii ei ca mamă socială pentru copiii cu infecţie HIV;
- încurajarea clientei să participe la toate cursurile şi întâlnirile organizate în clinica HIV.

Am considerat că toate aceste situaţii vor avea un efect de pozitivare a imaginii de sine a Ioanei şi îi vor permite o reintegrare a experienţei pierderii.

A şasea şedinţă de consiliere

Înaintea acestei şedinţe, Ioana a dat un interviu la TV, centrându-se pe elemente pozitive, vorbind despre prezent şi viitor. Ea mai scris şi un articol din care redau mai jos un scurt fragment:

> Ce păcate poate avea un copil? Unde poate ajunge un suflet nevinovat? Psihicul meu era la pământ. Nu mai aveam chef de nimic, parcă eram un robot, făceam totul din instinct şi credeam că viaţa mea nu mai avea nici un rost. [...]
>
> În prezent, după aproape un an de la moartea lui Marian, simt cum totul îşi reintră în normal. Viaţa trebuie să-şi urmeze cursul. Marian va rămâne veşnic în inima mea. Îi simt prezenţa în jocurile şi ghiduşiile făcute de copiii pe care îi simt acum alături de mine.
>
> Acum lucrez ca mamă socială la casa F., unde îngrijesc 7 băieţi şi 3 fete. Simt că suntem o familie ca oricare alta, cu bucurii şi necazuri, şi sunt convinsă că cineva acolo sus ne iubeşte. Simt că Marian este alături de domnul Iisus şi amândoi îmi dau puterea să lupt pe mai departe.

Din aceste cuvinte, reiese clar faptul că Ioana se apropie de rezoluţia travaliului de doliu.

Şedinţa a şasea a fost de fapt o întâlnire de grup. Ioana a venit la şedinţă cu albumele de fotografii cu Marian („comoara mea de amintiri"), pentru a le arăta persoanelor mai apropiate. Arătând fotografiile, Ioana are o atitudine relaxată, povestind întâmplările fără să plângă. În timpul şedinţei, Ioana se centrează pe elemente pozitive. Majoritatea participanţilor la grup par puţin speriaţi de povestea ei. În cadrul şedinţei, Ioana a fost întrebată de celelalte mame dacă nu se gândeşte că îi poate muri şi al doilea copil, Nicu. Ioana vorbeşte despre Dumnezeu, despre acceptare, despre dorinţa lui Marian de a avea un frate, de faptul că el îi dă putere din cer să aibă grijă de încă 10 copii. În general, Ioana vorbeşte despre speranţă şi iubire, în cuvinte simple, fără emfază sau artificialism.

A şaptea şedinţă de consiliere

A fost o şedinţă individuală. Surpriza acestei întâlniri a constat în faptul că Ioana a apărut mult mai îngrijită decât înainte. Ioana vizitase pentru prima oară după mulţi ani un cabinet de cosmetică şi era uşor fardată, coafată şi îmbrăcată mai îngrijit decât de obicei. Motivaţia ei a fost: „Mă aranjez pentru că vreau să dau mamelor putere". Această declaraţie întăreşte faptul că, în cazul Ioanei, strategia adoptată (orientarea spre grupurile de suport unde poate funcţiona ca persoană-resursă) este eficientă. Clienta accentuează faptul că atunci când a reintrat în coafor, pentru prima dată după mult timp, a avut un moment de blocaj. Şi-a dat seama că trebuia să aleagă dacă va încheia un capitol al vieţii sale pentru a merge mai departe sau nu.

Am urmărit integrarea acestei schimbări, investigând măsura în care există rezonanţă între schimbarea exterioară şi cea interioară. De asemenea, am urmărit şi conştientizarea de către clientă a nevoii satisfăcute prin acest comportament de îngrijire.

Discuţia a evidenţiat că:

- această schimbare exterioară a constituit sursa mai multor feedback-uri pozitive din partea familiei şi prietenilor;
- schimbarea este confortabilă, este resimţită ca naturală (concordanţa interior-exterior);
- comportamentul a permis satisfacerea nevoii de *self-nurturance*.

Raportând această schimbare ca pe o nouă formă de manifestare a desprinderii treptate de durerea pierderii, clienta a afirmat următoarele:

Niciodată nu voi uita lucrurile bune pe care mi le-a adus Marian în viaţă. Cred că m-am desprins total de tot ce a fost negativ legat de fiul meu. Acel moment a fost la pomana de 1 an, când am ţinut crucea lui de mormânt în braţe. Acum mă simt uşurată, simt că m-am eliberat. Înainte parcă nu puteam face nimic, parcă nici nu mai gândeam.

Pentru accentuarea diferenţierii planurilor trecut-prezent, am realizat un scurt exerciţiu, având ca suport material o casetă audio. Scopul acestui exerciţiu a fost *înregistrarea unei noi benzi mintale* pentru valorizarea progreselor clientei. Ceea ce Ioana a ales să „înregistreze" pe această bandă au fost următoarele:

Sunt o femeie optimistă, altruistă, credincioasă. Sentimentul de a fi mama a 10 copii este minunat. Acum învăţ să redevin soţie şi femeie. Simt că mă schimb, mă simt mai liberă.

Chiar de la începutul acestei şedinţe am putut constata şi reflecta spre clientă faptul că, prin orientarea spre satisfacerea nevoii de *self-nurturance*, clienta începe să îşi reintegreze două roluri fundamentale, în afara celui de mamă:

- rolul de femeie;
- rolul de soţie.

Nu întâmplător, clienta s-a centrat în această şedinţă pe explorarea relaţiei cu soţul. Ioana simte nevoia reparării relaţiei cu soţul, relaţie ce a avut mult de suferit pe parcursul doliului. În primele luni de doliu, s-au îndepărtat extrem de mult. Acum, clienta are impresia că soţul nu e pregătit să-şi discute sentimentele legate de moartea fiului lor, că este încă blocat, deoarece ori de câte ori încearcă să discute despre Marian el se opreşte. Totuşi, ea evaluează relaţia în termeni pozitivi, considerând că sentimentele care îi leagă sunt profunde şi că relaţia mai are o şansă. Discuţia se centrează pe ce trebuie să-i transmită ea mai întâi soţului, pentru a se debloca comunicarea. Reies următoarele puncte:

- disponibilitatea – clienta ar dori să-i transmită soţului că doreşte ca ei doi să comunice;
- capacitatea de conţinere a sentimentelor – clienta ar dori să-i transmită soţului că ceea ce-i va comunica el nu o va dărâma, nu o va face să reintre în depresie.

Tema pentru acasă a clientei devine căutarea unei maniere de comunicare a disponibilităţii şi a puterii de a face faţă unei discuţii oneste. De asemenea, se dau sugestii că această comunicare se va debloca mai devreme sau mai târziu şi se subliniază faptul că dacă Ioana s-a gândit deja la această problemă, că mintea ei inconştientă va începe să caute soluţii şi situaţii favorabile în permanenţă, chiar şi în somn. Spre finalul şedinţei, clienta a trecut în revistă, în mod spontan, relaţiile ei interpersonale. Astfel, această şedinţă a devenit extrem de importantă, deoarece s-a înregistrat mişcarea naturală spre celelalte sisteme de relaţii:

- clienta a accentuat dorinţa de reconstrucţie a relaţiei cu soţul;
- a afirmat o anume desprindere şi un prag de toleranţă mai scăzut vizavi de soacră;
- a subliniat sentimentul puternic de apartenenţă şi de suport legat de familia extinsă;
- în mod fugar, clienta a amintit de faptul că „probabil şi Nicu are nevoie de ajutor" (aducerea în discuţie a relaţiei cu fiul adoptiv).

A opta şedinţă de consiliere

În această şedinţă, clienta arată mult mai bine din punct de vedere fizic. Este îmbrăcată în culori vesele şi este machiată discret. Îi evidenţiez schimbarea fizică de-a lungul şedinţelor noastre. Spune că prin schimbarea ei vrea să le dea putere şi celorlalte mame, dar că uneori se teme că ele ar putea crede că a trecut uşor peste durerea ei. Aici am considerat important să corectez clienta, dându-i în acelaşi timp şi o reasigurare, spunându-i că a trecut cu bine, dar nu a trecut uşor. Sperăm că în acest fel am prevenit şi o posibilă tendinţă inconştientă de recădere.

În legătură cu tema din şedinţa anterioară, clienta spune că mai are nevoie de timp pentru lămurirea situaţiei cu soţul ei, deoarece a conştientizat că şi în ea mai există un blocaj vizavi de comunicarea dintre ei. O felicit că a decis să se gândească mai mult la viaţa ei de femeie şi de soţie şi o încurajez să-şi dea exact timpul de care are nevoie. Şedinţa s-a centrat pe realizarea unui exerciţiu ce a avut drept scop găsirea sensului pe care l-a avut viaţa scurtă a lui Marian. Din discuţie iese în evidenţă valoarea vieţii acestui copil, din perspectiva Ioanei:

- „ne-a transformat în părinţi";
- „ne-a adus o mulţime de bucurii, nu ne-a dezamăgit aproape niciodată;
- a salvat viaţa lui Nicu;
- a salvat viaţa a încă 9 copii de la casa de tip familial, atunci când a încurajat-o să accepte slujba;
- i-a dat putere să lucreze cu alţi părinţi;
- a schimbat-o fundamental, prin el viaţa ei a căpătat o cu totul altă turnură, a ajuns pe un drum cu totul nou.

Partea a doua a exerciţiului a vizat transmiterea unui mesaj către fiul său. Reacţia Ioanei a fost iniţial de tăcere, iar apoi a început să lăcrimeze. A devenit evident că mai existau „lucruri nespuse", lucru pe care l-am legat şi de faptul că Ioanei i-a fost greu să realizeze tema din şedinţa trecută. Pentru a-i uşura sarcina, i-am sugerat că îşi poate scrie mesajul şi că are la dispoziţie oricât timp are nevoie. Am urmărit ca mediul permisiv să-i uşureze sarcina.

Ioana a lucrat intens, după terminarea lucrului având o stare de durere de cap. Ea a scris următorul mesaj:

Dragă Marian,

Mami îţi duce dorul. Dacă mama ţi-a greşit vreodată, te rog să mă ierţi. Tu ai fost o bucurie în viaţa noastră şi nu te vom uita niciodată. Sper să mă auzi şi să mă ierţi dacă ţi-am greşit cu ceva. Mi-a fost foarte, foarte greu fără tine, dar acum îmi este parcă mai uşor. Copiii de la casa F. m-au ajutat să trec mai uşor peste durere. Durerea m-a schimbat. Am devenit mai puternică. Am început să ies în lume şi să-i ajut pe ceilalţi. Dragul meu copil, mama te iubeşte mult. Ştiu că acum eşti în cer, că ai scăpat de dureri şi de suferinţă. Încă o dată îţi transmit dragostea şi dorul meu.

Mesajul evidenţiază aspecte legate de:

- iertare (pe care am conectat-o cu sentimentele de vinovăţie mai vechi);
- depăşirea durerii.

La sfârşitul şedinţei, îi sugerez clientei să ţină un jurnal în care să-şi scrie gândurile către fiul ei. Totodată o întreb ce ar vrea să facă cu mesajul scris, iar Ioana spune că se va gândi dacă îl va păstra la ea sau dacă i-l va duce fiului ei, la mormânt.

A noua şedinţă de consiliere

Această şedinţă a fost o şedinţă de grup. Iniţial, s-au desfăşurat câteva discuţii în legătură cu un curs despre îngrijirea paleativă a bolnavilor aflaţi în stadiul terminal. În legătură cu acest curs, Ioana a remarcat că acest curs a ajutat-o să conştientizeze:

- faptul că a greşit când l-a izolat pe Nicu de durerea familiei;
- că din momentul în care, foarte bolnav fiind, Marian nu a mai vorbit, acesta era un semn că se pregătea să se desprindă de lume (clarificarea unor reacţii ale fiului ei; punerea lor într-o perspectivă a normalului);
- că nu a greşit când i-a administrat fiului ei multă morfină pentru a-l elibera de durere (deşi se acuza şi se învinovăţea că îl face dependent);
- că a trecut singură, fără să aibă cunoştinţe, peste toate aceste momente grele şi că, în general, intuiţia i-a arătat calea cea bună (valorizare de sine).

În partea a doua a şedinţei am realizat exerciţiul „Eu sunt...", care urmărea centrarea spre sine a participanţilor, evidenţierea şi acceptarea tuturor faţetelor personalităţii, atât a punctelor tari, cât şi a punctelor slabe. Membrii au avut la dispoziţie 10 minute pentru a scrie cât mai multe lucruri despre sine, aşa cum se percep în momentul actual. Apoi, fiecare membru a primit calificative de la ceilalţi („Eu cred că tu eşti...") pentru o întregire a imaginii de sine.

Exerciţiul Ioanei surprinde prin onestitate şi naturaleţe:

Eu sunt Ioana,
Mă simt câteodată neputincioasă
Nu am curaj uneori
Mă doare mult că l-am pierdut pe Marian
Îmi este dor de el
Sunt depresivă
Poate fără voia mea fac pe cineva să sufere
Mă simt bine în preajma copiilor
Cred că ei mă iubesc
Uneori nu am încredere în mine şi mă simt foarte prost
Mă simt singură
Sunt leneşă uneori şi nu am spor la treabă
Mă doare capul foarte des şi am un nod în gât
Nu am curaj să vorbesc cu soţul meu despre moartea lui Marian
Uneori mă simt utilă
Vreau să fiu o soţie şi o mamă bună
Îmi doresc să ajut copiii şi oamenii
Mă simt bine când sunt ajutată
Sunt curioasă

De la ceilalţi membri, Ioana a primit feedback-uri precum:

Eu cred că tu eşti
Deosebită
O învingătoare
O supravieţuitoare
Puternică
Profundă

Acest exerciţiu a fost o ocazie pentru Ioana de a-şi exprima public temerile şi gândurile negative şi de a primi valorizarea şi aprecierea celorlalţi. De asemenea, exerciţiul a favorizat crearea unei experienţe de mare intimitate psihologică şi de suport reciproc, depăşindu-se sentimentul de izolare.

Interesant este că, peste 7 săptămâni, la acelaşi exerciţiu realizat în cadrul unui grup de suport, clienta notează:

Eu sunt Ioana,
Sunt grasă
Tristă uneori
Mă simt bine alături de copii
Nu sunt sigură pe mine
Vreau să fiu iubită
Vreau o casă
Vreau să ajut oamenii
Nu sunt sigură că îi ajut cum trebuie
Sunt ajutată să înţeleg lucruri noi
Mă doare capul
Mă blochez repede

De la ceilalţi membri, Ioana a primit feedback-uri precum:

Eu cred că eşti
Cea mai bună mamă
Extraordinară
„Bateria" de la care mă încarc
Puternică
Deosebită
Învingătoare
Plină de compasiune
Curajoasă

Accentul, în acest exerciţiu, se schimbă înspre prezent şi spre viitor. Se realizează concentrarea spre planul real, chiar pragmatic, spre planul dorinţelor şi al orizonturilor noi de cunoaştere. Sunt menţinute şi elemente de autodubitaţie, pe care însă mi se pare firesc să le leg de structurarea personalităţii de dinainte de pierderea copilului. Consider că acest ultim exerciţiu reprezintă o schimbare esenţială a registrului tematical al clientei şi că este un indicator al recuperării ei.

A zecea şedinţă de consiliere (finală)

Ultima şedinţă a fost o şedinţă individuală de lucru. S-a lucrat în plan existenţial: în planul valorilor şi al sensului personal al vieţii. Iniţial, s-a trecut la verificarea măsurii în care clienta a folosit sugestia din şedinţa trecută: scrierea gândurilor adresate lui Marian într-un jurnal. Ioana nu a apelat la acest jurnal decât o dată, pentru că a simţit că „I-am transmis tot ce doream în scrisoarea trecută". Am asigurat clienta că poate apela ori de câte ori simte nevoia la acest jurnal, chiar şi peste mai multe luni sau ani. Am încercat astfel să abilitez clienta pentru viitor cu un instrument de lucru accesibil. Totodată, am interpretat comportamentul clientei ca pe un indicator al faptului că aceasta şi-a consumat deja durerea în mod eficient. Un indicator al aşezării „lucrurilor în matca lor" a fost afirmaţia spontană a clientei că „am lăsat în urmă tot ce era rău şi îmi păstrez

numai lucrurile bune". De asemenea, clienta şi-a exprimat surprinderea cu privire la faptul că la grupurile de suport primeşte feedback-uri care îi arată că oamenii o consideră o persoană puternică, cu resurse şi plină de încredere în ea. Aceasta vine în contradicţie cu tendinţa clientei de a se considera lipsită de încredere sau de personalitate. Consider că în acest fel rolul constructiv al grupului a fost realizat. Clienta a primit feedback-uri pozitive şi de la consilier cu privire la evoluţia ei pe parcursul şedinţelor individuale şi de grup, dar şi cu privire la calitatea muncii ei în cadrul casei de tip familial.

Trecând la exerciţiul existenţial, am rugat clienta să îşi deseneze pe un cerc trei valori pe care le consideră esenţiale pentru viaţa ei. Clienta a avut nevoie de mai bine de 10 minute de gândire, timp în care a aşezat pe cerc următoarele valori:

- onestitatea (faţă de sine şi în relaţiile cu ceilalţi);
- familia;
- credinţa în Dumnezeu.

În continuare, am discutat modul în care aceste valori se manifestă în viaţa ei, modul în care îi influenţează deciziile, măsura în care îi dau forţă. Clienta a fost puţin surprinsă când a descoperit că ea „conţine" aceste valori, dar le-a recunoscut ca aparţinându-i.

În partea a doua a exerciţiului, am rugat-o ca, pornind de la acest cerc, să îşi dea seama care ar fi sensul vieţii sale. Clienta a definit ca sens al vieţii sale „a crea relaţii umane profunde", ceea ce a exprimat apoi mai scurt prin verbul *a ajuta*. Discuţia a urmărit în continuare modul în care acest sens se manifestă în viaţa sa de zi cu zi, ce simte atunci când îl împlineşte. De asemenea, i-am evidenţiat clientei situaţii în care observasem cum îşi manifesta acest comportament de ajutor în mod spontan, cu eficienţă şi cu compasiune.

Finalul şedinţei a însemnat realizarea unui climat psihologic favorabil unui „La revedere" spus şedinţelor de lucru individuale, lansându-se însă şi ideea că Ioana poate reveni când simte nevoia. Clienta a primit, de asemenea, feedback-uri pozitive din partea mea.

Câteva concluzii

Pe parcursul şedinţelor individuale şi de grup, am putut observa o serie de transformări ale clientei:

- *În planul aspectului fizic*: la început clienta era îmbrăcată în negru, cu o basma pe cap, cu haine largi. În timp, a adoptat haine mai colorate, a început să-şi îngrijească părul şi faţa. A afirmat chiar că nu îşi dă seama cum putea prefera hainele negre şi cum de nu îşi dădea seama cât de sumbre sunt.
- *În planul comportamentului alimentar*: la început, clienta prezenta „bulimie de stres", accesele bulimice manifestându-se mai ales seara şi/sau când era singură. Spre sfârşitul şedinţelor, Ioana consideră că are un bun control asupra alimentaţiei şi nu mai consideră alimentaţia o problemă pentru ea.
- *În planul relaţiei cu copilul decedat*: iniţial, clienta se simţea blocată pe aspectele negative legate de suferinţa copilului, când acesta se afla în stadiul terminal. Treptat a recuperat imagini normale, pozitive, legate de copilul ei. Cel mai important este faptul că a reuşit să atribuie un sens suferinţei şi vieţii copilului.
- *În planul relaţiei cu Dumnezeu*: s-a produs mişcarea clientei de la „Doamne, tu nu exişti!" spre: „Credinţa mea este că, aşa cum Domnul Iisus şi-a dus crucea pentru noi păcătoşii, şi noi trebuie să ne ducem crucea. Simt că Marian este alături de El şi amândoi îmi dau puterea să lupt mai departe. Mă rog zi şi noapte

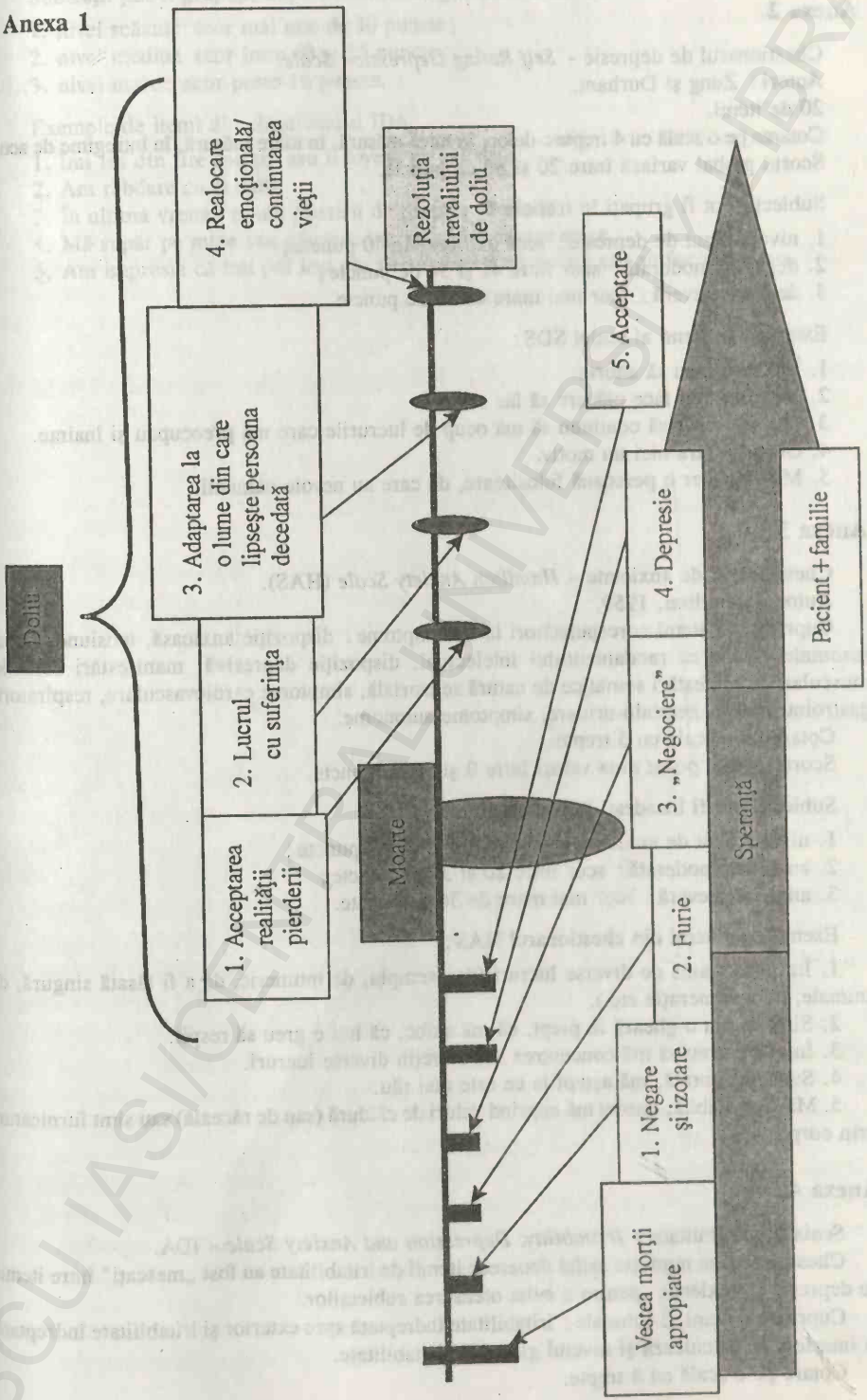
ca bunul Dumnezeu să lumineze mintea medicilor şi să descopere vaccinul care să-i vindece pe aceşti copii nevinovaţi, chiar dacă pentru Marian nu a fost să fie".

- *În planul relaţiilor interpersonale*: urmărim reconsiderarea calităţii acestora, reorganizarea raporturilor cu ceilalţi şi diversificarea relaţiilor interpersonale.
- *În planul rolurilor*: iniţial, clienta se identifica mai ales cu rolul de mamă a unui copil decedat. Treptat a conştientizat mai bine rolul de mamă a mai multor copii, de soţie, de femeie, de prietenă, de rudă.
- *În planul valorii personale*: clienta şi-a îmbunătăţit imaginea de sine, activând ca membru activ al comunităţii persoanelor afectate de infecţia HV şi devenind o persoană-resursă în această comunitate.
- *În plan psihometric* s-au înregistrat următoarele rezultate:
  - *depresia*: de la scorul de 59 de puncte, indicativ al depresiei severe, după 7 luni de lucru (octombrie 2001 – aprilie 2002) rezultatul la reaplicarea scalei SDS a fost de 42 de puncte, ceea ce indică un nivel moderat de depresie. Este important de precizat că intervalele de cotare ale scalei sunt: nivel scăzut de depresie (scor mai mic de 40 de puncte), depresie moderată (scorul cu valori între 41 şi 54 de puncte) şi depresie severă (scorul peste 55 de puncte) (vezi anexa 2).
  - *anxietatea*: scorul obţinut de clientă la a doua aplicare a fost de 34 de puncte (anxietate moderată). Reamintim că un scor mai mic de 19 puncte este indicator de anxietate scăzută, scorul între 20 şi 35 de puncte indică anxietate moderată, iar cel peste 36 de puncte – anxietate severă. Se observă că scorul clientei la chestionarul de anxietate se menţine încă destul de ridicat. Corelăm însă acest lucru cu factori de personalitate preexistenţi perioadei de doliu, cum ar fi o stimă de sine mai scăzută (vezi anexa 3).
  - *iritabilitatea*: clienta a obţinut 9 puncte la acest instrument psihodiagnostic, ceea ce indică un nivel scăzut de iritabilitate. Scorul mai mare de 16 puncte indică un nivel mare de iritabilitate, scorul între 11 şi 15 puncte – nivel mediu, iar cel sub 10 puncte – un nivel scăzut. Considerăm că acest rezultat poate fi corelat şi cu creşterea autocontrolului alimentar al clientei (vezi anexa 4).

După toate aceste intervenţii, nu putem afirma că durerea clientei a fost total consumată şi depăşită, dar putem fi siguri că ea a fost deblocată şi resursele ei activate. De aceea, ne aşteptăm ca evoluţia clientei să fie în continuare favorabilă. Ceea ce a făcut ca aceste intervenţii să fie eficiente, deşi numărul şedinţelor a fost relativ mic (zece întâlniri), a fost motivaţia deosebită a clientei şi dorinţa ei de a deveni puternică pentru ceilalţi. Îndrăznim să afirmăm că Ioana nu a avut nevoie decât de un mediu permisiv vizavi de durerea ei, pentru a se confrunta cu aceasta, şi că rolul şedinţelor de consiliere a fost mai mult de deblocare/clarificare a valorilor personale decât unul terapeutic propriu-zis. Un punct nerealizat în aceste şedinţe a fost ameliorarea relaţiei cu soţul şi cu fiul, deşi travaliul de doliu nu viza în mod expres aceste relaţii.

Considerăm că şedinţele individuale au fost foarte bine completate prin integrarea clientei în şedinţele de grup, dar şi prin stimularea integrării ei în plan social (scrierea de articole, apariţia la TV).

Anexa 1



BCU IASI/CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Anexa 2

Chestionarul de depresie - *Self Rating Depression Scale.*
Autori: Zung şi Durham.
20 de itemi.
Cotarea pe o scală cu 4 trepte: deloc, în mică măsură, în mare măsură, în întregime de acord.
Scorul global variază între 20 şi 80 de puncte.

Subiecţii pot fi grupaţi în trei clase:

1. nivel scăzut de depresie: scor mai mic de 40 puncte;
2. depresie moderată: scor între 41 şi 54 de puncte;
3. depresie severă: scor mai mare ca 55 de puncte.

Exemple de itemi ai scalei SDS:

1. Îmi este greu să adorm.
2. Încă îmi mai face plăcere să fac sex.
3. Îmi este uşor să continuu să mă ocup de lucrurile care mă preocupau şi înainte.
4. Obosesc fără nici un motiv.
5. Mă consider o persoană folositoare, de care au nevoie oamenii.

Anexa 3

Chestionarul de anxietate - *Hamilton Anxiety Scale* (HAS).
Autor: Hamilton, 1959.
Cuprinde 13 itemi corespunzători la 13 simptome: dispoziţie anxioasă, tensiune, teamă, insomnie, scăderea randamentului intelectual, dispoziţie depresivă, manifestări somatice musculare, manifestări somatice de natură senzorială, simptome cardiovasculare, respiratorii, gastrointestinale, genitalo-urinare, simptome autonome.
Cotare pe o scală cu 5 trepte.
Scorul global poate avea valori între 0 şi 56 de puncte.

Subiecţii pot fi încadraţi în trei clase:

1. nivel scăzut de anxietate: scor mai mic de 19 puncte;
2. anxietate moderată: scor între 20 şi 35 de puncte;
3. anxietate severă: scor mai mare de 36 de puncte.

Exemple de itemi din chestionarul HAS:

1. Îmi este teamă de diverse lucruri (de exemplu, de întuneric, de a fi lăsată singură, de animale, de aglomeraţie etc.).
2. Simt că am o gheară în piept, că mă sufoc, că îmi e greu să respir.
3. Îmi este greu să mă concentrez sau să reţin diverse lucruri.
4. Sunt îngrijorată, mă aştept la ce este mai rău.
5. Mă simt slăbită, uneori mă cuprind valuri de căldură (sau de răceală) sau simt furnicături prin corp.

Anexa 4

Scala de iritabilitate – *Irritability, Depression and Anxiety Scale* – IDA.
Chestionarul se numeşte astfel deoarece itemii de iritabilitate au fost „mascaţi" între itemii de depresie şi anxietate, pentru a evita ofensarea subiecţilor.
Cuprinde 8 itemi, 2 subscale: iritabilitate îndreptată spre exterior şi iritabilitate îndreptată în interior. Se calculează şi nivelul global de iritabilitate.
Cotare pe o scală cu 4 trepte.

Subiecţii pot fi grupaţi, după iritabilitatea globală, în trei clase:

1. nivel scăzut: scor mai mic de 10 puncte;
2. nivel mediu: scor între 10 şi 15 puncte;
3. nivel mare: scor peste 16 puncte.

Exemple de itemi din chestionarul IDA

1. Îmi ies din fire sau ţip sau îi lovesc pe ceilalţi.
2. Am răbdare cu ceilalţi.
3. În ultima vreme, m-am plictisit de propria persoană.
4. Mă supăr pe mine sau gândesc lucruri urâte despre mine.
5. Am impresia că îmi pot ieşi din fire aşa încât să lovesc sau să fac rău cuiva.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul V

Focus psihoterapeutic familial. Câteva metode centrate pe familie

Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile

V.1. Terapia comunicaţională de familie

Abordarea comunicaţională a fost prima formă de terapie de familie care nu are origini în vreo formă de terapie individuală. Spre deosebire de teoria psihodinamică, ale cărei rădăcini se situează la începutul secolului, teoria comunicării se dezvoltă în strânsă legătură cu orientarea sistemică şi informaţională iniţiată la jumătatea secolului XX de către N. Wiener, care a publicat *Cibernetica* (1949). În 1950, această centrare pe sistemul homeostatic cu autocontrol prin feedback pătrunde şi în domeniul terapiilor.

Deşi influenţele gândirii sistemice se fac simţite în foarte multe terapii, curentul comunicaţional devine foarte cunoscut o dată cu cercetările Şcolii de la Palo Alto, în special cele ale lui Gregory Bateson (1952-1962). Acestea sunt urmate de contribuţii valoroase: Virginia Satir (1962-1970), J. Haley (1963), D. Jackson (1968), Weakland (1962).

Ideea „dublei legături" sau a mesajului dublu, formulată de Bateson (1950), a influenţat mulţi terapeuţi care au început să gândească relaţiile umane din perspectiva teoriei patogene. Această teorie sugerează că schimbul de mesaje între persoane defineşte relaţiile stabilite prin procese homeostatice traduse prin acţiunile membrilor familiei.

Terapia comunicaţională se aplică atât la diadă (minimum necesar pentru schimbarea comunicării între emiţător şi receptor), cât şi la grupul familial. Această terapie accentuează schimbarea în sistemul familial prin comunicarea diferită a unora cu alţii reflectată în modificări comportamentale.

Accentuarea trecutului este abandonată pentru că se are în vedere modul în care persoanele comunică *acum* (centrare pe prezent).

După 1950, numărul celor care participau la o şedinţă de terapie comunicaţională a crescut de la 2 la 3 şi mai mulţi membri. Familia a început să fie concepută ca având o structură cu un anumit grad de organizare.

Cele două tipuri de comunicare familială clasificate de Bateson sunt:

- comunicarea digitală;
- comunicarea analogică.

În comunicarea digitală, fiecare mesaj are doar un referent, aparţine doar unui tip logic şi constă în semne arbitrare (Bateson, Jackson, 1968). De exemplu, cuvântul „masă" nu desemnează nimic altceva decât o piesă de mobilier. Din punctul de vedere al comunicării digitale, o durere de cap este o durere de cap şi nimic altceva.

În comunicarea analogică, mesajul are mai mult decât un referent, putând exprima diferite grade. De exemplu, strângerea unui pumn este în acelaşi timp un semn pentru un anumit tip de comportament (de exemplu, ameninţare, opoziţie, frustrare, agresivitate), dar totodată este şi o parte a acestui comportament. În anumite culturi, manifestări ca plânsul, ţipatul, ruperea hainelor, smulgerea părului, lovirea capului de un zid exprimă în mod analog diferite grade de disperare. Un mesaj analogic poate fi decodificat doar prin luarea în considerare a altor mesaje. Aşa de pildă, o durere de stomac nu este doar o durere de stomac, ci concomitent exprimarea dezgustului, un mod de a te sustrage de la a face o treabă sau o cerere de afecţiune. „Durerea de stomac" comunicată cuiva ca mesaj analogic va depinde de situaţia şi de contextul în care mesajul analogic a fost emis (Madanes).

De exemplu, o soţie frustrată de lipsa de atenţie a soţului său preocupat de alte probleme îi poate comunica brusc o durere de stomac, în timpul cinei. Mesajul are mai multe semnificaţii. El poate însemna intenţia de a-l deturna pe soţ de la problemele lui, nevoia de a-i capta atenţia şi afecţiunea şi totodată o stare fizică logică de disconfort epigastric.

Sau, „Am o durere de cap..." : comunicată în momentul pregătirii de culcare, aceasta poate însemna mai mult decât o stare internă, deteriorarea relaţiilor sexuale sau refuzul acestora.

Unele şcoli de terapie (de exemplu, psihanaliza, terapia experienţială) se bazează pe teoria comunicării analogice, considerând că, indiferent de tulburarea de comportament (teamă, probleme psihosomatice, act antisocial etc.), aceasta este o expresie metaforică pentru dificultăţile apărute în viaţa unei persoane. Alte şcoli terapeutice (de exemplu, comportamentalismul) consideră comportamentul simptomatic ca având un singur referent (gândire digitală), acesta fiind răspunsul clar, unic la un stimul care îl precedă.

Terapia comunicaţională de familie utilizează dominant gândirea analogică, înţelegând simptomele şi comportamentele ca pe comunicări despre viaţa persoanei, incluzând inframesaje sau metamesaje, fiind în consecinţă referiri simbolice la altceva.

Primele modele terapeutice de familie considerau că schimbarea e adusă de conştientizarea semnificaţiei comunicărilor şi, de aceea, era folosită interpretarea, pentru că nu se dezvoltaseră alte tehnici bazate pe noi moduri de gândire.

În anii '60, terapeuţii aparţinând curentului comunicării introduc o noutate : experienţa comunicaţională, în sensul adoptării unui nou comportament. Ei utilizează directive în interviu pentru a schimba modurile de comunicare ale clientului. De exemplu, ei solicită membrilor familiei care, de obicei, nu vorbesc, să vorbească şi folosesc frecvent tehnica intenţiilor paradoxale sub influenţa terapiei directive a lui Milton Erikson. La început, terapeuţii de familie s-au centrat pe încurajarea şi creşterea comunicării în familie, apoi ei au accentuat centrarea pe problemă sub influenţa lui Erikson. Astfel, problema nu a mai fost categorisită doar ca un „simptom", ci ca un răspuns necesar şi adecvat la comportamentul de comunicare ce l-a provocat. După ce în fazele de început ale terapiei fusese încurajată accentuarea ierarhiei în structura familială, ulterior, terapeuţii comunicării au sprijinit comunicarea de la egal la egal între membrii familiei.

În unele abordări, accentul cade pe clarificarea comunicării (Satir, 1964), în altele pe status şi organizare familială (Jackson, Weakland, 1961, 1968), care accentuează importanţa autorităţii parentale în cazul tinerilor psihotici.

Curentul comunicării a tins să devină parte a altor curente. Astfel, Virginia Satir (1972) dezvoltă curentul „terapiei experienţiale a comunicării", după participarea sa la grupurile de gestalt-terapie de la Esalen.

Un alt curent important dezvoltat din teoria comunicării va fi „terapia structurală" (Minuchin), care accentuează organizarea ierarhică în familie.

Un al treilea curent important născut din terapia comunicaţională este „terapia strategică de familie", care accentuează secvenţele repetitive ce stau la baza structurii familiale (Haley, Madanes, Ariel).

Scopurile terapiei comunicării de familie

Obiectivele terapiei comunicării în grupul familial sunt asemănătoare celor din cadrul tratării grupului format din persoane străine:

- promovarea individualităţii membrilor familiei;
- optimizarea relaţiilor interpersonale.

Creşterea individuală este promovată atunci când nevoile nesatisfăcute sunt verbalizate şi înţelese, iar rolurile restrictive (delimitate) sunt explorate şi extinse.

Terapeuţii comunicării au plecat de la premisa că, atunci când membrii familiei vor fi eliberaţi de propriile inhibiţii, ei îşi vor dezvolta o mai mare coeziune familială. Abordările reflectă însă două puncte de vedere diferite:

- tratarea familiei ca un grup de indivizi;
- tratarea familiei ca un sistem, ca o unitate.

Ceea ce se reproşează primei abordări este faptul că nu reuşeşte să evalueze corect nevoia de ierarhie şi structură a grupului familial, lucru comun şi abordării celorlalte tipuri de grupuri. Astfel, din această perspectivă, care concepe familia mai mult ca pe un grup de persoane individualizate decât ca pe un sistem, Bell (1975) formulează următoarele scopuri ale terapiei de familie (dezvoltarea capacităţii familiilor de a învăţa să facă faţă simptomelor prin):

- manifestarea unei cooperări sporite;
- independenţă personală;
- creşterea libertăţii şi deschiderii interacţiunilor;
- creşterea gradului de securitate a fiecărui membru al familiei;
- creşterea flexibilităţii rolurilor în familie.

Modalitatea esenţială de satisfacere a acestor obiective este optimizarea comunicării. Scopurile acestei abordări reflectă o viziune relativ naivă şi simplă asupra familiei, aparţinând practicienilor clinicieni înainte de a învăţa să gândească sistemic fenomenul familial.

În timp ce G. Bateson şi colaboratorii săi analizau complexitatea sistemelor comunicaţionale, terapeuţii obişnuiţi credeau iniţial că modul de a ajuta familiile în dificultate ar consta în a le determina să se aşeze şi să discute unele cu altele. Şi cum multe familii reunite găsesc suficiente subiecte de conversaţie, ele prezintă erori de comunicare pe care terapeuţii le-ar putea corecta pe parcursul mai multor întâlniri, fără a ajunge însă nici la dinamica individuală, nici la dinamica sistemului familial care le generează.

Scopul terapiei de familie comunicaţionale a fost să întreprindă o „acţiune" deliberată pentru a alerta nivelurile slabe de funcţionare a interacţiunii prin intermediul unei comunicări îmbunătăţite. Weakland precizează că scopul era determinismul simptomelor,

şi nu reorganizarea familiilor („Noi privim rezolvarea problemelor ca necesitând prioritar o substituire de modele de comportament, astfel încât să întrerupă cercurile vicioase cu feedback sigur"). În cadrul acestui model terapeutic, terapeuţii au identificat simptomele drept mesaje, apoi au căutat acele secvenţe de comportament care menţin problemele. O dată descoperite, scopul intervenţiilor era de a le înlocui cu alte secvenţe comportamentale nedistructive, deci care nu susţineau simptomele. Terapeutul de comunicare acţionează ca şi terapeutul comportamentalist, adică interzice comportamentele care au stimulat şi întărit simptomele. Ambii împărtăşesc ipoteza că o dată ce comportamentul patologic este blocat, el va fi înlocuit, apărând alternative constructive în locul altor simptome.

Limita modelului comportamental este că tratează persoana simptomatică drept problemă şi concepe simptomul mai degrabă ca pe o reacţie decât ca pe un stimul în lanţul interacţiunii.

Limita modelului comunicaţional este aceea că izolează secvenţe de comportament care menţin simptomele şi se concentrează pe interacţiunile diadice, fără a considera „triunghiurile" sau alte probleme structurale în familie. De exemplu, în cazul în care un copil se teme pentru că tatăl său, supraimplicat, ţipă la el, de fapt tatăl ţipă la copil pentru că soţia sa nu este implicată emoţional. Relaţia tatălui cu soţia nefiind adecvată, schimbarea comportamentului tatălui ar putea să creeze un comportament simptomatic la copil.

Procesul terapeutic. Schimbarea comportamentului se realizează în special prin:

- ajutarea membrilor familiei să vorbească deschis;
- sprijinirea celor care par reticenţi;
- criticarea procesului interacţiunii lor;
- prezentarea fiecărui membru în parte într-o nouă lumină, care le permite celorlalţi să se raporteze la el în noi moduri.

Exemplu: copiii care nu sunt obişnuiţi să fie ascultaţi de către maturi tind să se facă „auziţi" printr-un comportament discordant (de dezbinare), dar dacă terapeutul manifestă bunăvoinţa de a-i asculta, ei pot învăţa să-şi exprime sentimentele mai degrabă prin cuvinte decât prin acţiuni. Pe măsură ce încep să interacţioneze cu cineva care îi ia în serios, ei pot să „crească", să se maturizeze brusc.

Terapeuţii orientaţi spre grupuri promovează comunicarea prin concentrare asupra procesului mai degrabă decât asupra conţinutului comunicării.

Considerăm important să subliniem şi următorul aspect: dacă un terapeut se lasă furat de detalii despre problemele unei familii sau se gândeşte la rezolvarea lor, el poate pierde ocazia de a descoperi procesul a ceea ce fac membrii familiei, a ceea ce îi împiedică să-şi găsească propriile soluţii.

Căile terapeutice care provoacă schimbarea:

- Modelarea ascultării este una dintre căile prin care terapeuţii influenţează procesul familial. În timp ce membrii familiei vorbesc, terapeutul ascultă atent, demonstrând vorbitorului ce anume îl face să simtă că vrea să fie auzit şi înţeles, iar altor membri ai familiei de ce nu trebuie să întrerupă, să se certe sau să agreseze.
- Analiza. După exprimare, membrii familiei sunt ajutaţi să analizeze ceea ce au exprimat (sentimentele şi nevoia de a fi ascultaţi). Ei au astfel şansa să exploreze de ce aceste sentimente sunt prezente şi de ce au fost ele reţinute. Ipoteza este aceea că familiile pot schimba ceea ce pot înţelege. Dacă comportamentul înseamnă comunicare, atunci modul de a schimba comunicarea înseamnă schimbarea comportamentului.

- Aducerea la lumină a mesajelor acoperite. Potrivit teoreticienilor comunicării, toate evenimentele şi acţiunile au proprietăţi comunicante. Simptomele pot fi considerate mesaje acoperite care informează asupra relaţiilor. De exemplu, o durere de cap ce se dezvoltă prin menţinerea unei tensiuni la nivelul muşchilor cervico-occipitali poate fi un mesaj despre cum se simte persoana într-o situaţie sau un răspuns la o comandă indirectă adresată cuiva.

Dacă un simptom este de fapt un mesaj acoperit, atunci, făcând mesajul deschis prin implicare, se elimină nevoia de simptom. Aşadar, unul dintre modurile importante de a schimba comportamentul este de a aduce la lumină mesajele acoperite. Dar nici o schimbare nu poate veni din interior, ci doar din exterior. Pentru teoreticienii comunicării (Watzlawich, Beavin, Jackson, 1967), paradigma psihoterapiei constă într-o intervenţie din afară pentru a rezolva dileme relaţionale. Terapeutul este un om din afara familiei care furnizează ceea ce nu poate furniza relaţia – o schimbare a regulilor de funcţionare. De pe poziţia sa (exterioară familiei), terapeutul poate fie să releve secvenţele problematice, fie pur şi simplu să le manipuleze pentru a provoca o schimbare terapeutică. În primul caz, strategia se bazează pe puterea interiorului, depinzând de cooperare şi de dorinţa de schimbare. În al doilea caz, strategia constă în a „învinge" familiile cu propriile lor jocuri interacţionale, cu sau fără cooperarea acestora.

Aceste strategii manipulative au format baza terapiei de familie strategice, care este un produs al teoriei comunicaţionale.

Tehnici terapeutice comunicaţionale de familie

Tehnicile terapiei comunicaţionale de familie au fost similare cu cele ale terapiei de grup analitic şi de sprijin. Rolul terapeutului a fost acela al unui dirijor de proces, modelul familiei fiind cel al unui grup democratic. Terapeutul s-a raportat de asemenea democratic la membrii familiei, aşa cum ei se aşteaptă să procedeze unul faţă de altul. Astfel, el a observat că toţi membrii familiei au ceva de spus, că trebuie ajutaţi să spună şi i-a încurajat pe toţi să se deschidă şi să-şi exprime punctele de vedere.

Modelul stadial al lui J. Bell (1961) constituie o abordare originală, structurată în două faze:

- O fază centrată pe copil, în care copiii (copilul) sunt ajutaţi să-şi exprime (verbalizeze) dorinţele şi preocupările. Bell a fost atât de interesat să ajute copiii în acest sens, încât a solicitat părinţii în avans să-i asculte şi să dea curs solicitărilor lor, introducând astfel o schimbare în regulile familiei. Aceasta s-a dovedit un mijloc de a facilita încrederea şi cooperarea în procesul de negociere şi de rezolvare a problemelor de familie. După ce copiii au vorbit şi au fost compensaţi cu unele privilegii suplimentare, a venit şi rândul părinţilor.
- O fază centrată pe părinte, în care părinţii au dat curs „plângerilor" privind comportamentul copiilor. Bell a fost foarte atent în intervenţiile sale, astfel încât să atenueze pe cât posibil atitudinile hipercritice ale părinţilor, concentrând şi facilitând discuţiile privind rezolvarea problemelor. În finalul etapei, a reuşit să egalizeze sprijinul pentru toţi membrii familiei.

Stilul de intervenţie al lui Bell (1975) a fost directiv, după cum rezultă din următorul exemplu.

După ce rămăsese tăcut câteva şedinţe, un tată a declanşat o tiradă înfocată la adresa fiului, fiicei şi a soţiei. Treptat, s-a putut observa că fiecare membru al familiei se retrage

din discuţie. În acest moment, terapeutul a intervenit cu: „Acum cred că ar trebui să auzim şi ce are de spus J. (fiul) în legătură cu asta. De asemenea, H. (fiica) trebuie să aibă şi ea ceva de spus şi probabil că ar trebui să ascultăm şi ce simte soţia dumneavoastră în legătură cu toate acestea".

Acest comportament terapeutic a stimulat participarea întregii familii, fără a bloca în acelaşi timp comunicarea tatălui. Adesea, „semnalele" nonverbale au fost utilizate ca mijloace de a da curs exprimării unor sentimente inexprimabile; de exemplu: „Domnule X, aţi tăcut mereu, dar mă întreb dacă faptul că vă pocniţi degetele nu vrea să ne spună ceva...".

În cadrul procesului terapeutic, Bell utilizează patru tipuri de interpretări:

Interpretări reflective – descriu ceea ce se întâmplă în momentul respectiv: „Observ că atunci când soţia dumneavoastră spune ceva critic, lăsaţi capul în jos, înclinându-l, ca şi cum aţi spune: «Săracul de mine...»".

Interpretări conective – evidenţiază legături nerecunoscute de membrii familiei, existente în diverse acţiuni ale lor. De exemplu: „Aţi observat că Ioana a început să se poarte urât, chiar din clipa în care voi doi începeţi să vă certaţi?".

Interpretări reconstructive – explică în ce mod evenimentele din istoria familiei susţin contextul pentru unele experienţe cotidiene.

Interpretări normative – apar în remarce avansate pentru a sprijini sau provoca un membru al familiei, comparându-l cu majoritatea oamenilor. De exemplu: „Mare scofală... Majoritatea adolescenţilor sunt obraznici cu părinţii. Face parte din procesul de maturizare...".

Modelul terapeutic cu grup de familii. Există 3 aplicaţii de bază ale metodelor de grup în terapia de familie:

Terapia de familie multiplă (cu grup format din 4-6 familii reunite în şedinţe săptămânale de 90 de minute). P. Laqueur şi colaboratorii săi introduc acest model pe principiul terapiei de grup tradiţionale, incluzând tehnici specifice ale grupului de întâlnire şi psihodramatice. El foloseşte exerciţii structurate pentru a spori nivelul de interacţiune şi intensitatea sentimentelor. Familiile participante la grup sunt folosite drept coterapeuţi care să ajute la confruntarea membrilor altor familii dintr-o poziţie mai personală decât ar fi putut terapeuţii să aibă (să adopte).

Terapia de familie multiplă cu impact este un model dezvoltat de R. MacGregor (1967, University of Texas Medical Branch din Galveston) şi colaboratorii săi (Richie, Serrano, Schuster, McDonald şi Goolishian). Acest model îşi propune să realizeze un impact multidirecţionat asupra membrilor familiilor cu un adolescent aflat în criză (cu tulburări de comportament). Aceste familii sunt reunite pentru câteva zile la centrul din Galveston, într-o terapie intensivă, asigurată de o largă echipă de profesionişti. Membrii echipei au mai multe întrevederi în diverse combinaţii cu membrii familiilor, pe care le rearanjează într-un grup mai mare de lucru. În cadrul acestuia se revăd o serie de constatări, opinii, atitudini şi concluzii care stau la baza comportamentului membrilor incluşi în terapie, iar unele dintre acestea se reformulează sub forma unor recomandări. Şi chiar dacă această modalitate de lucru intensivă, deşi nu prea frecventă, nu prea mai este practicată astăzi, ea a impulsionat dezvoltarea altor tehnici şi modele ale terapiei de familie actuale:

- modelul experienţialist;
- modelul sistemic de la Milano.

• Modelul terapiei de reţea (*Network Therapy*) este dezvoltat de Ross Speack şi Carolyn Attneave, pentru ajutorarea familiilor aflate în criză. Se bazează pe suscitarea şi asamblarea întregii reţele de suport social a familiei respective (rude, prieteni, vecini), incluzând circa 50 de persoane. Echipele de terapeuţi sunt obişnuite să lucreze în grupuri mari. Obiectivele sunt:

- „spargerea" modelelor relaţionale distructive;
- mobilizarea sprijinului pentru noi opţiuni (Speack, Attneave, 1973; Ruevini, 1975).

Se utilizează o serie de tehnici de grup şi 6 faze de dezvoltare a procesului terapeutic:

1. Retribalizarea – implică recunoaşterea şi conştientizarea problemei prezente. Începe cu prima convorbire prin care sunt invitaţi membrii reţelei să se asambleze (reunească) şi continuă pe parcursul tuturor întrunirilor.
2. Polarizarea – implică activarea poziţiilor aflate în conflict şi în primul rând a conflictelor intergeneraţionale.
3. Mobilizarea – în timpul căreia sunt desemnate sarcini şi sunt inaugurate iniţiative şi eforturi active de ajutorare a familiei-ţintă de către membrii interesaţi ai reţelei.
4. Depresia reţelei, care pare să se instaleze în mod regulat, după declanşarea entuziasmului general al tuturor.
5. Întreruperea şi epuizarea – când eforturile din etapa mobilizării încep să se diminueze.
6. Exaltarea – care se resuscită după fiecare întâlnire în timp ce membrii familiei traversează stări de speranţă şi uşurare. Exaltarea creşte în reţea după fiecare întâlnire reuşită.

Desfăşurarea terapiei în reţea. Terapeuţii se întâlnesc cu reţeaua în şedinţe de 2-4 ore, în mod specific, de 3-6 ori. Tehnicile de întâmpinare utilizate constau în stimularea contactelor spontane afective (strângeri de mâini câteva minute în şir, vorbit cu voce tare, săltat, legănat, ţopăit, toate manifestările verbale şi nonverbale care creează o eliberare de tensiune şi o senzaţie de coeziune în reţea).

Faza de polarizare începe când liderul-terapeut identifică şi activează punctele de vedere conflictuale din reţea. Acestea pot fi dramatizate prin aranjarea membrilor reţelei în cercuri concentrice şi invitarea lor de a-şi confrunta opiniile şi diferenţele dintre ei.

Treptat, confruntarea evoluează spre compromis şi sinteză, sub directa coordonare (moderare) a terapeuţilor.

În timpul fazei de mobilizare sunt prezentate sarcinile, iar subgrupuri de membri activi şi implicaţi sunt rugate să alcătuiască planuri de dezvoltare a problemelor concrete ale familiei-ţintă. Astfel, de exemplu, dacă pacientul identificat are nevoie de o slujbă, poate fi format un comitet care să ajute în acest sens; dacă un cuplu de părinţi tineri este blocat la domiciliu într-un conflict legat de cine va supraveghea copilul, un grup din reţea poate fi rugat să dezvolte resurse de supraveghere temporară a copilului, oferindu-i astfel cuplului posibilitatea de a ieşi din casă.

După ce entuziasmul iniţial se epuizează, grupurile reţelei cad adesea într-o stare de epuizare şi dezamăgire pe măsură ce membrii realizează cât de ascunse sunt anumite probleme şi cât de dificil este să le rezolve. Iată două procedee de depăşire a impasului.

Ruevini (1975) descrie cazul unei reţele la care s-a instalat o perioadă de depresie, familia-problemă simţindu-se în această situaţie izolată şi abandonată de reţea. Acest impas a fost depăşit prin introducerea unui exerciţiu de grup cu efect cathartic – „ceremonia morţii". Membrii familiei au fost rugaţi să închidă ochii şi să se imagineze

morţi. Membrii reţelei au fost rugaţi să-şi împărtăşească sentimentele despre membrii familiei, despre puterile şi slăbiciunile acestora şi despre ce înseamnă fiecare dintre ei pentru propria familie şi pentru prieteni, rude (reţea). Acest procedeu dramaterapeutic a produs o descărcare a sentimentelor (atât negative, cât şi pozitive), precum şi a frustrărilor legate de acţiunile de sprijin, ceea ce a reuşit să „ridice" reţeaua din starea de depresie.

Pentru a îndepărta dispersarea şi epuizarea reţelei, Speack şi Attneave (1973) utilizează acţiunea, în locul emoţiilor (folosite în procedeul anterior). Astfel, în unul dintre cazuri, s-au stabilit două grupuri de prieteni cu sarcini complementare:

- unul dintre grupuri urma să supravegheze pacientul-adolescent care folosea droguri;
- celălalt grup încerca să aranjeze lucrurile astfel încât pacientul să se poată muta din casa părinţilor săi.

Faza de întrerupere se realizează atunci când energiile disponibile din reţea sunt eliberate şi orientate de abordarea hotărâtă, directă, activă a problemelor. Sesiunile reţelei produc deseori ceea ce autoarele au numit „efectul de reţea" – un sentiment euforic de conectare şi satisfacţie în grup legat de rezolvarea unor probleme considerate altădată copleşitoare. O dată ce reţeaua a fost realizată, ori de câte ori este nevoie, există întotdeauna cineva care să solicite (să cheme) şi cineva care să ofere (să răspundă), ceea ce creează nu numai o coeziune intrareţea cu valenţă terapeutic-suportivă pentru familiile membre, dar şi un benefic sentiment de securitate emoţională şi de solidaritate.

Alte tehnici şi procedee terapeutice comunicaţionale aplicate familiei. În terapia de familie axată pe comunicare, tehnicile şi procedeele strategice au fost de cele mai multe ori derivate din paradigma teoretică.

Procedeul lui Watzlawick (1966) se bazează pe structurarea unui ghid de 5 sarcini pentru familia-problemă, care este solicitată să parcurgă şi să completeze ghidul-interviu în prezenţa tuturor membrilor familiei. Aceste solicitări sunt:

- să decidă împreună principalele lor probleme de familie;
- să planifice o „ieşire" (un program comun în afara casei);
- părinţii să discute despre cum s-au cunoscut;
- să discute cu toţii despre înţelesurile unui proverb;
- să identifice greşelile fiecăruia şi să-şi asume fiecare vina proprie.

În timp ce familia lucrează la aceste sarcini, terapeutul din camera alăturată observă printr-o oglindă unidirecţională fixată în perete modelele de comunicare, metodele de formulare a deciziilor şi fenomenul „ţapului ispăşitor". Deşi a fost util pentru cercetarea familiei, interviul structurat nu a câştigat o largă acceptare ca instrument clinic.

Tehnicile de comunicare s-au structurat progresiv în trei modele strategice pornind de la înţelegerea din ce în ce mai clară a modului în care familiile se dovedesc rezistente la schimbare:

- strategia axată pe învăţarea regulilor comunicării clare;
- strategia axată pe analiza şi interpretarea modelelor comunicaţionale;
- strategia axată pe manipularea interacţiunilor printr-o varietate de manevre.

Dacă la început terapeuţii comunicării au încercat să convingă familiile să accepte responsabilitatea reciprocă, identificând pacientul ca problemă a tuturor, ulterior, izbindu-se de rezistenţa familiei la schimbare, terapeuţii au solicitat familiile să-şi autodefinească

problema. După ce iniţial au breşat, printr-o serie de remarce privind scopul întâlnirii, ei au rugat pe fiecare membru al familiei, pe rând, să-şi pună în discuţie problemele. În tot acest timp, terapeuţii au ascultat concentrându-se mai curând pe procesul de comunicare decât pe conţinutul comunicat. Ei erau mai mult interesaţi de cine şi cum comunică decât de ceea ce se comunică. Dacă cineva se exprima într-un mod confuz, terapeutul evidenţia acest lucru şi insista ca membrii familiei să respecte anumite reguli de comunicare clară. Clarificarea mesajului se face prin formularea de întrebări şi acest procedeu imprimă familiei câteva repere de bază pentru vorbirea clară.

Virginia Satir (1964) preciza următoarele reguli:

- Fiecare trebuie să vorbească la persoana întâi (să vorbească în numele lui), referitor la ce crede şi ce simte. Exemplu:

  Soţul: – Întotdeauna nouă ne-au plăcut prietenii Ioanei.

  Terapeutul: – Aş prefera să vorbiţi doar în numele dumneavoastră. Mai târziu, soţia dumneavoastră poate spune ce crede.

  S: – Da, dar noi am fost de acord întotdeauna asupra acestor lucruri...

  T: – Se poate. Dar dumneavoastră ştiţi cel mai bine ce simţiţi şi ce gândiţi dumneavoastră. Vorbiţi în numele dumneavoastră şi lăsaţi-o pe dumneaei să vorbească în numele său.

- Fiecare trebuie să formuleze afirmaţii personale (ale eului) în legătură cu probleme personale. Opiniile şi judecăţile de valoare nu trebuie să treacă drept principii generale. A avea opinii este un pas necesar pentru a discuta într-un mod care să permită diferenţe legitime de opinie şi, mai mult chiar, posibilitatea de a-ţi schimba opiniile. Exemplu:

  Soţia: – Oamenii n-ar trebui să-şi lase copiii acasă când ies la plimbare.

  Terapeutul: – Înţeleg că vă place să luaţi şi copiii când ieşiţi pe afară împreună cu soţul...

  S: – Desigur, nu face la fel toată lumea?

  Soţul: – Mie nu-mi place. Aş prefera să ieşim doar noi doi, măcar din când în când.

- Fiecare trebuie să se adreseze şi să vorbească direct, nu pe ocolite, unul altuia şi unul despre altul. Această regulă exclude ignorarea sau descalificarea vreunuia dintre membrii familiei şi împiedică stabilirea de coaliţii distructive. Exemplu:

  Adolescentul: – Mama întotdeauna trebuie să aibă dreptate. Nu-i aşa, tată?

  Terapeutul: – Ar trebui să-i spui ei asta.

  Adolescentul: – I-am spus, dar nu mă ascultă.

  T: – Mai spune-i o dată, acum, aici.

  A (*către terapeut*): – Oh, bine. (*Către mama*) Uneori am sentimentul că... (*Se reîntoarce spre terapeut.*) Ce rost are? La ce bun să-i spun?

  T: – Văd cât de greu îţi este şi bănuiesc că te-ai cam decis că nu are rost să încerci să vorbeşti cu mama ta, dacă ea nu are de gând să te asculte. Dar aici sper ca toţi să învăţăm să vorbim mai direct unii cu alţii, aşa încât nimeni să nu renunţe să-şi spună părerea.

Se remarcă din dialogul de mai sus că adesea este dificil să-i înveţi pe oameni să comunice clar, doar spunându-le cum s-o facă. Desigur însă, motivul pentru care o abordare directă a persistat în tratarea familiei a fost acela că, insistând suficient, majoritatea persoanelor vor urma anumite direcţii terapeutice, cel puţin pentru moment. Datorită marii rezistenţe la schimbare a familiei, adesea noul comportament durează numai atât cât terapeutul se află acolo. Din acest punct de vedere, Virginia Satir a acţionat ca terapeutul cel mai transparent şi autoritar, Jay Haley a fost cel mai puţin transparent şi autoritar, în vreme ce Don Jackson s-a situat pe o poziţie intermediară.

V.2. Terapia de familie de tip experienţial sau terapia de familie experienţială

Ramura experienţială a terapiei de familie se dezvoltă în baza psihologiei umaniste a anilor '60, preluând din terapiile individuale umaniste principiul „experienţei, aici şi acum". Calitatea experienţei trăite este criteriul sănătăţii psihice şi obiectivul intervenţiei terapeutice. Terapeuţii experienţiali de familie consideră că exprimarea sentimentelor şi senzaţiilor este calea extinderii experienţei şi sensul împlinirii personale familiale.

Terapia de familie experienţială s-a bucurat de cea mai mare popularitate în etapa „de tinereţe" a domeniului terapiei de familie, atunci când terapeuţii vorbeau de *schimbarea în sistem*, dar împrumutau tehnici din terapiile individuale şi de grup. Astfel, ei au preluat semnificativ de la gestalt-terapie şi de la grupurile de întâlnire. Alte tehnici expresive cum ar fi „sculptura şi desenul familial", au valorificat influenţele tehnice din art-terapie şi psihodramă.

Datorită utilizării tehnicilor expresive, nu foarte mulţi terapeuţi au putut să abordeze terapia de familie experienţială, ci doar aceia care au abordat conceptele şi metodele sistemice, cum ar fi : Carl Whitaker, Peggy Papp, Virginia Satir, Walter Kempler, August Napier, David Keith, Leslie Greenberg, Susan Johnson, Fred şi Bunny Duhl. Aceştia şi alţii au introdus o serie de tehnici experienţiale de familie pe care orice terapeut le poate valorifica.

Liderii acestei orientări rămân Carl Whitaker şi Virginia Satir. Primul este decanul terapiei de familie experienţiale, el încurajându-i pe membrii familiei să fie ei înşişi. Stilul său de viaţă (a copilărit la o fermă izolată din Raymondville, New York) l-a determinat să devină o persoană neconvenţională, deşi probabil că izolarea i-a facilitat iniţial o anume timiditate şi tristeţe. După ce a absolvit colegiul din Syracuse şi apoi medicina (cu specialitatea obstretică şi ginecologie), a devenit psihiatru şi a fost fascinat de mintalul psihoticilor. El a învăţat din experienţa sa clinică să asculte şi să înţeleagă gândurile bizare ale acestor pacienţi, identificând şi „gândurile umane" pe care normalii nu le dezvăluie. Carl Whitaker a format Clinica Psihiatrică Atlanta (1953), în cadrul căreia a organizat un *grup creativ şi productiv* împreună cu T. Malone, J. Warkentin şi R. Felder. Psihoterapia experienţială s-a născut din această grupare (1955-1965). Ulterior, grupul se lărgeşte cu alţi colaboratori : August Napier şi D. Keith din Atlanta şi New York (Syracuse). Până la retragerea sa, în 1980, Whitaker a călătorit mult, răspândindu-şi experienţa şi împărtăşindu-şi convingerile şi munca.

O altă figură charismatică a terapiei experienţiale de familie este Virginia Satir. Ea a fost unul dintre membrii bine cunoscutului grup MRI – Palo Alto. Ca asistent social, Virginia Satir a început să lucreze cu familiile în 1951 (ca practician), iar în 1955 a fost invitată să susţină un training pentru rezidenţii de la Illinois State Psychiatric Institute (aici l-a avut ca student pe Ivan Boszormanyi-Nagy). În 1959, Virginia Satir se alătură MRI (la invitaţia lui Don Jackson). Ea devine primul director al programului şi rămâne aici până în 1966, când ajunge director al Institutului Esalen din Big Sur, California (centru de gestalt-terapie). Abilitatea ei strategică deosebită, inventivitatea, tehnica experienţială, sensibilitatea şi forţa ei afectivă au transformat-o într-o „legendă" a terapiei de familie, fiind considerată cea mai celebră terapeută umanistă de orientare experienţială şi de tradiţie comunicaţională şi unul dintre inovatorii terapiei familiale.

După 1970, recunoaşterea ei a intrat într-un oarecare declin, nemeritat, mai ales ca urmare a disputei cu Salvador Minuchin. Acesta susţinea că în tratarea familiilor iubirea, căldura şi credinţa ar fi mai puţin importante faţă de ştiinţa „reparării" rupturilor familiale. Virginia Satir a continuat să creadă în puterea vindecătoare a iubirii şi în „salvarea" umanităţii prin terapia de familie. Pe măsură ce Minuchin se impunea tot mai mult în câmpul terapiei de familie, Virginia Satir s-a retras şi a devenit purtătoare de cuvânt a unei abordări spirituale (evanghelice). A murit în 1988.

Walter Kempler este un alt mare terapeut de familie californian, de model experienţial, care a preluat multe tehnici din terapia gestalt şi din terapiile emotive în lucrul cu familiile. El descrie procedeele folosite uzual în grupurile de întâlnire şi terapiile individuale existenţial-umaniste ce demonstrează rădăcinile terapiei de familie experienţiale.

Fred şi Bunny Duhl, directori-adjuncţi la Boston Family Institute, au introdus un mare număr de tehnici expresive în terapia de familie experienţială. Ei folosesc semnificaţiile *nonverbale* ale comunicării, cum ar fi *spaţializarea şi sculptura* (Duhl, Kantor şi Duhl, 1973), ca şi *jocul de rol şi „păpuşile (marionetele) familiale"* (Duhl şi Duhl, 1981). Ei denumesc această abordare „terapie familială integrativă", definind un amalgam de elemente aparţinând unor surse numeroase, incluzând: psihodrama, psihoterapia experienţială, psihologia cognitivă, terapia familială structurală şi psihoterapia comportamentală.

Alături de Fred Duhl, cofondator al Boston Family Institute (1969) este şi David Kantor, care împrumută din formaţia de psihodramaterapeut şi introduce abordarea „familiei ca teatru" – metafora de bază în terapia de familie (Kantor şi Lehr, 1975).

Printre cele mai *recente* abordări experienţiale ale terapiei de familie se află *terapia de cuplu focalizată emoţională* (*emotion-focused couples therapy*), introdusă de Leslie Greenberg şi Susan Johnson şi fundamentată pe principiile lui Fritz Pearls, Virginia Satir şi Grupul MRI (Greenberg, Johnson, 1985, 1986, 1988).

În ceea ce ne priveşte, noi înşine am preluat şi îmbogăţit o serie de tehnici şi metode din cadrul acestei orientări în lucrul terapeutic cu copii şi familii, validându-le efectele pozitive (în cadrul Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială din Bucureşti, vezi *Revista de Psihoterapie Experienţială*, nr. 1-13, 1997-2001).

Toţi aceşti autori au drept caracteristici în terapia de familie: *spontaneitatea, creativitatea şi asumarea riscului*. În timp ce îşi împărtăşesc libertatea, individualitatea şi împlinirea personală, experienţialiştii sunt mai curând practici decât teoretici (relativ ateoretici). Scopul utilizării diversităţii tehnice este să „deschidă" individualităţile propriilor experienţe şi să „dezgheţe" interacţiunile lor familiale.

Căpătând o mare popularitate în anii '60, abordările experienţiale au fost treptat înlocuite de noi dezvoltări – terapiile orientate sistematic. Altădată, exprimarea sentimentelor ocupa un loc central în terapiile psihologice. Astăzi, locul principal este deţinut de comportament şi cogniţie. Psihoterapeuţii au descoperit că oamenii mai ales gândesc şi acţionează. Aceasta nu înseamnă însă că trebuie să ignorăm experienţa emoţională, care este un concept de bază în terapia de familie experienţială.

Scopurile terapiei experienţiale de familie

Scopul declarat al terapiei experienţiale de familie este *creşterea*, şi nu stabilitatea. Eliberarea de simptome, adaptarea socială şi munca sunt considerate importante, dar secundare în raport cu *creşterea integrităţii personale* (congruenţa între experienţa interioară

şi comportamentul exterior), *o mai mare libertate de opţiune, mai puţină dependenţă* şi o mai mare *extindere a experienţei* (Malone, Whitaker, Warkentin, Felder, 1961). Simptomele dureroase cu care se prezintă familia în terapie sunt doar „bilete" de intrare în terapie; problema reală este *sterilitatea emoţională* (Whitaker, Keith, 1981).

Obiectivul terapiei este ca membrii familiei (fiecare în parte) să *devină sensibili la nevoile şi sentimentele lor şi să le împărtăşească în cadrul familiei*. În acest mod, unitatea familială se poate baza pe o interacţiune *vie şi autentică* mai degrabă decât pe represiune şi autonegaţie.

Există două *orientări metodologice* în terapia experienţială de familie:

- tendinţa dominantă de concentrare şi orientare *asupra indivizilor şi experienţei lor trăite în familie* (în contactele interpersonale) mai mult decât asupra organizării familiale. Kempler (1981) consideră în acest sens că responsabilitatea principală a terapeutului este „faţă de oameni, faţă de fiecare individ în cadrul unei familii şi doar secundar faţă de organizaţia numită familie" (p. 27);
- orientarea dominantă *asupra sistemului familial* mai mult decât asupra indivizilor. „Creşterea" – ca scop terapeutic – se referă aici la „câştigul" interacţional al sistemului familial, la evoluţia întregii familii ca organizaţie. Această tendinţă apare în terapia lui C. Whitaker, D. Keith şi G. Napier.

Ceea ce au în comun terapeuţii experienţiali de familie cu alţi terapeuţi de tradiţie existenţial-umanistă este credinţa că drumul spre sănătatea emoţională este acela al dezvăluirii şi descoperirii unor *niveluri tot mai profunde de experienţă* – potenţialul de autoîmplinire zăvorât în lăuntrul tuturor. Numai ceea ce se află în lăuntrul nostru contează.

Scopurile terapiei de familie enunţate de Virginia Satir includ 3 schimbări în sistemul familiei (1972, p. 120):

1. *Fiecare membru al familiei să devină capabil de a relata congruent, complet şi onest ceea ce vede şi aude, simte şi gândeşte despre el însuşi şi ceilalţi, în prezenţa celorlalţi. Cu alte cuvinte, fiecare trebuie să fie el însuşi în prezenţa şi la adresa celorlalţi.*
2. *Fiecare persoană din familie trebuie să i se adreseze şi să se raporteze la ea în termenii unicităţii sale, aşa încât deciziile să se poată lua mai curând prin explorare şi negociere decât în termeni de putere.*
3. *E necesar ca diferenţele între persoane să fie conştientizate în familie şi folosite pentru creştere.*

Atunci când metodele experienţiale se aplică orientat spre *familie ca sistem*, şi nu spre indivizi asamblaţi întâmplător într-un grup familial, *scopul creşterii individuale fuzionează cu scopul realizării unei puternice coeziuni (unităţi) familiale*.

Practica lui Carl Whitaker întruchipează într-o manieră inedită acest scop dual. Potrivit concepţiei lui, *creşterea personală necesită integrarea familială şi viceversa*. Simţul apartenenţei la familie şi libertatea individuală se intercondiţionează, „merg mână în mână". Astfel, adeseori este necesar să se realizeze o mai mare apropiere între părinţi din punct de vedere emoţional, pentru a facilita plecarea copiilor de acasă („desprinderea de cuib"), întrucât mulţi copii nu o pot face dacă nu simt că părinţii lor pot fi fericiţi şi fără ei. Dobândirea autonomiei personale presupune, aşadar, satisfacerea nevoii de apartenenţă, unitate şi echilibru emoţional familial.

Pe lângă scopul general al creşterii *creativităţii* familiei şi a fiecărui membru al său, terapeuţii experienţiali încearcă, de asemenea, să ajute fiecare familie să-şi *rezolve*

propriile probleme particulare, „lucrând" asupra acestora. Dar această „muncă" este realizată cu o minimă conceptualizare sistematică ori planificare (anticipare). De fapt, multe dintre scopuri pot fi inconştiente în timpul terapiei şi pot fi conştientizate numai printr-o retrospectivă (Napier, 1977).

Terapia experienţială include elemente *raţionale* şi *nonraţionale*. Primele sunt necesare pentru a promova *conştientizarea şi înţelegerea*, celelalte pentru a creşte *spontaneitatea şi sinceritatea*. Experimentarea conştientă a potenţialurilor interne (aspecte, fantezii, impulsuri) îi privează pe oameni de influenţele lor patogene şi le eliberează forţa de viaţă. Rezultatul acestei creşteri a *conştientizării* este o *reintegrare a părţilor reprimate sau deposedate ale sinelui*.

Cei mai mulţi experienţialişti accentuează *latura afectivă* a naturii umane:

- *creativitatea;*
- *spontaneitatea;*
- *abilitatea de a se juca.*

Whitaker proclamă „nebuniile, nonraţionalul, experimentarea creativă şi funcţionalitatea" drept adevăratele scopuri ale terapiei. Dacă vom deveni cu noi înşine, pentru noi înşine mai jucăuşi, mai „trăsniţi", crede el, familiile se vor deschide spre emoţionalitate, spontaneitate, căldură, culegând roadele acestora.

Whitaker pune accentul pe *valoarea experienţei* „de dragul ei însăşi", întreaga terapie fiind un proces de *extindere* a experienţei, care conduce, în concepţia lui, către *creştere*. Se consideră că noua experienţă trăită de familie în timpul terapiei rupe confluenţele subterane, distruge expectaţiile rigide şi deblochează conştientizarea – toate acestea favorizând *individuaţia* (Kaplan, Kaplan, 1978).

Alţi autori îşi propun ca scopuri terapeutice creşterea simţului *competenţei*, *a stării de bine şi a autoaprecierii* (Duhl, Duhl, 1981). Preluând ideea Virginiei Satir conform căreia principalele probleme şi cauze ale nefericirii tuturor familiilor sunt subaprecierea de sine şi comunicarea distructivă, ei consideră drept cheie a terapiei promovarea unui comportament *flexibil*, ca urmare a creşterii conştiinţei de sine şi de ceilalţi. Extinderea experienţei de auto- şi interconştientizare poate astfel să *limiteze* şi să *înlocuiască* obişnuinţele şi automatismele *stereotipe* cu comportamente *modificate*, *creative*. Deoarece acestea au consecinţe directe în viaţa de familie, Duhl *defineşte scopurile* terapiei în *colaborare cu pacienţii*.

Cei mai mulţi terapeuţi ai familiei susţin că o sensibilitate sporită şi o mai bună maturizare a indivizilor servesc scopului mai general al terapiei de familie – *intensificarea funcţionalităţii familiei*. Astfel, maturizarea individuală este relaţionată explicit cu maturizarea familială. Unii terapeuţi se axează mai mult pe maturizarea relaţiilor, acţionând implicit la nivelul familiei ca sistem, alţii se situează pe poziţii simetrice, ocupându-se mai curând de indivizi pentru a promova schimbări în sistem.

Duhl (1981) considera că „noua şi reînnoita integrare" sunt experimentate în cadrul şi între membrii familiei ca scopuri reciproc stimulative în tratament. Se presupune că familiile ajung în tratament pentru că sunt incapabile să fie deschise şi de aceea incapabile de individuaţie (Whitaker, 1976). Ajutându-i pe membrii familiei să-şi recapete propriul lor potenţial de experimentare, se crede că ei sunt ajutaţi să-şi recâştige capacitatea de a se îngriji unul de celălalt.

Tehnici şi modalităţi de lucru ale terapiei experienţiale

Clinicienii experienţiali folosesc tehnici educative şi forţa propriei lor personalităţi pentru a crea întâlniri terapeutice, regresie şi deconspirarea intimităţii. *Vitalitatea întâlnirii* este altceva. Această putere deplină a experienţei personale este considerată de ajutor în stabilirea unei relaţii de atenţie şi sprijin de la om la om între şi pentru toţi membrii familiei. August Napier (1978) consideră că riscurile de a fi în familie atât „separaţi, divergenţi şi furioşi", cât şi „mai închişi" şi mai intimi sunt provocatoare de *schimbare*. În terapia de familie experienţială, *exprimarea sentimentelor* şi a experienţei intime sunt cruciale, anxietatea este stimulată şi trăită. Aceasta pentru că s-a observat că exprimarea furiei şi a supărării este întotdeauna urmată de o mai mare intimitate şi căldură, spre deosebire de cazul în care acestea sunt reprimate. Reprimarea lor îi împiedică pe oameni să-şi dezvolte iubirea unii faţă de alţii. Terapeuţii experienţiali sunt, alternativ, *provocativi şi calzi-suportivi*. În acest mod, ei ajută membrii familiilor să îndrăznească să-şi *asume riscul* de a fi mai anxioşi, cel puţin temporar. Aceasta le permite să dezvolte patternuri protective, defensive şi să se deschidă în mod real unii faţă de alţii.

Întâlnirea existenţială este considerată *forţa esenţială* în procesul psihoterapeutic (Kempler, 1973 ; Whitaker, 1976). Această întâlnire se cuvine să fie reciprocă – terapeutul trebuie să fie o persoană genuină care *catalizează schimbarea*, folosindu-se de impactul său personal asupra familiei.

Pentru V. Satir, *demonstrarea grijii şi acceptării* a fost *cheia ajutorării persoanelor*, dincolo de frică, deschizându-i faţă de propria lor experienţă şi unii faţă de alţii. Astfel, terapeuţii experienţiali încearcă să ajute familia, să-i înţeleagă mai profund experienţele personale, dorinţele şi temerile. Ei sunt pionierii *tehnicilor comunicării spontane a sentimentelor depline* (anxietate, furie, supărare, plictiseală, bucurie etc.). Adesea aceşti terapeuţi (în special Whitaker şi colaboratorii săi de la Atlanta Psychiatric Clinic) se manifestă în terapie impulsiv, adorm sau îşi mărturisesc visele. Kempler susţine că „a-ţi exprima deplin întreaga personalitate ca terapeut în actul terapeutic creează acea atmosferă încurajatoare pentru ca toţi membrii familiei să-şi exprime cât mai deplin sau total personalităţile". Printr-o *extremă autodezvăluire* sunt provocate stări de maximă deschidere familiilor. Cu timpul, Kempler devine mai curând autoindulgent decât provocativ. De exemplu, el spune : „Dacă terapeutului i se face foame, ar putea spune : «Mi-e foame. Sper că pot face asta până la prânz»" (Kempler, 1973, p. 37).

Prin credinţa sa de a fi *„o persoană reală"*, deschisă, onestă şi spontană, terapeutul îi învaţă pe membrii familiei să fie la fel. Aceasta presupune că *terapeutul experienţial* îşi asumă rolul de *model*, nu numai sănătos şi matur, dar şi de persoană ale cărei instincte sunt demne de încredere, ca barometru valid în raport cu care membrii familiei se pot evalua pe ei înşişi.

Potrivit lui W. Kempler (1968), în terapia de familie experienţială „nu există *tehnici*, ci doar *persoane*" (cazuri individuale). Această formulă sintetizează clar accentul pe care experienţialiştii îl pun pe *puterea creativă a personalităţii terapeutului*. Nu contează atât de mult ceea *ce fac* terapeuţii, cât şi ceea *ce sunt ei*, ce reprezintă ei. Dacă terapeutul este rigid şi sever, tratamentul pare să fie prea glacial şi profesional pentru a putea genera *climatul emoţional intens*, absolut necesar în maturizarea emoţională. Pe de altă parte, dacă terapeutul este o persoană vitală, conştientă şi sensibilă, el (ori ea) va fi capabil(ă)

să trezească aceste potenţialităţi în familie. Carl Whitaker îmbrăţişează şi el această poziţie, fiind el însuşi exemplul paradigmatic al *terapeutului spontan şi creativ*. Cu alte cuvinte, terapeuţii care doresc să stimuleze deschidere şi autenticitate în comportamentul pacienţilor trebuie să fie ei înşişi deschişi şi autentici. Totuşi, terapeuţii, oricine ar fi ei, trebuie să *facă ceva*. Şi chiar dacă nu întotdeauna ceea ce fac este structurat la un înalt nivel sau planificat cu grijă, poate fi cu toate acestea deschis. În realitate, terapeuţii experienţialişti tind să facă o mulţime de lucruri, sunt foarte *activi*, iar unii folosesc un *număr* mare de *tehnici bine structurate* (inclusiv Kempler).

Terapeuţii experienţialişti se grupează în *două categorii* după modul în care utilizează tehnicile:

a) *Tehnici structurate*. Terapeuţii angajează familia în *activităţi bine structurate* ca: *sculptura de familie şi coregrafia* (dans) cu scop de stimulare a intensităţii trăirilor afective pe parcursul şedinţelor terapeutice. Se utilizează, de asemenea, tehnici împrumutate din *drama-terapie şi art-terapie* (desenul familiei, modelaj etc.). Şedinţele se structurează în acest caz pe una sau două tehnici de bază care antrenează familia într-o activitate comună ce prilejuieşte deblocarea afectivităţii, a spontaneităţii şi comunicării autentice. Membrii familiei sunt activ ghidaţi de terapeut în a-şi conştientiza propriile trăiri, imaginile de sine şi percepţiile reciproce, gândurile şi atitudinile nemărturisite pe care le au unii faţă de alţii. Sunt utilizate şi o serie de *exerciţii de comunicare* în scopul clarificării sentimentelor proprii, îndepărtării persoanelor de la lamentaţii în legătură cu trecutul prin experimentarea verbală şi nonverbală „aici şi acum" a găsirii de soluţii chiar de către membrii familiei. Virginia Satir a excelat în crearea de astfel de exerciţii de comunicare şi expresie clarificatoare, fiind ea însăşi un terapeut cu o abilitate deosebită de comunicare clară, spontaneitate şi autodezvăluire personală. Ea a avut o personalitate viguroasă, dinamică şi iubitoare, angajându-şi clienţii de la prima şedinţă în mod autoritar, dar suportiv, sprijinind fiecare membru al familiei în a-şi mări *autoaprecierea*, *autorespectul* şi *capacitatea de a-şi evidenţia intenţiile pozitive*. Astfel, *conotaţiile pozitive* în comunicare au devenit un indicator strategic, cu mult timp înainte de a se fi dezvoltat orientarea strategică în terapia de familie. Virginia Satir a demonstrat prin terapia sa cum pot fi „încălziţi", înduioşaţi şi cum pot deveni mult mai afectivi membrii familiei unii cu ceilalţi.

b) *Tehnici nestructurate*. Se practică sub forma şedinţelor nestructurate, nonstrategice în mod deliberat, insistând pe ideea de *a fi* cu familia, mai mult decât pe a face ceva împreună. Aceşti terapeuţi, printre care Carl Whitaker, se bazează pe spontaneitatea şi creativitatea proprie, fiind pur şi simplu *ei înşişi* în prezenţa şi cu familiile tratate. La baza acestui model terapeutic se află convingerea împărtăşită că terapia ar trebui să fie o experienţă intensă, emoţională, „aici şi acum". Implicarea emoţională intensă activează puternic reacţii de transfer. *Personalitatea terapeutului* şi relaţia de coterapie (recomandată de această orientare) sunt factorii care pot minimaliza potenţialul distructiv al unor relaţii de transfer. Rolul coterapeutului este de a observa reacţiile şi sentimentele terapeutului faţă de pacienţi (transferul emoţional) şi de a le discuta cu acesta după şedinţă. Pentru a preveni reacţiile de transfer, Whitaker recomandă menţinerea unei priviri de ansamblu asupra întregii familii, privită ca un *tot unitar*. Împărtăşirea deschisă şi liberă a sentimentelor şi conlucrarea permanentă cu un terapeut sunt caracteristici de bază

în terapia experienţială nestructurată. Stilul lui Whitaker a fost deliberat excentric şi provocator (aţipea în timpul şedinţelor, se lupta cu pacienţii, vorbea despre fantasmele sale sexuale, iar când copiii erau prezenţi era alternativ când model parental, când juca el însuşi rolul de copil, implicându-i pe aceştia într-o manieră iubitoare şi disciplinându-i cu fermitate şi forţă). Stilul său de lucru era acelaşi în lucrul cu indivizii, cu cuplurile sau cu grupurile, favorizând *întâlnirea personală şi intimă*, dincolo de teorii şi tehnici trasate riguros. Pentru Whitaker, *adecvarea personală a terapeutului, abilitatea de a fi iubitor, grijuliu, fermitatea şi abilitatea de a fi imprevizibil sunt căi de schimbare* cu mult mai importante decât tehnicile terapeutice. El crede că experienţa, înţelepciunea şi creativitatea terapeutului îi vor ghida intenţiile mult mai bine decât orice plan preconceput sau structurat. Terapeuţii experienţialişti nu au nevoie de o cale, pentru că ei sunt *calea*. Ei stimulează prin chiar modul lor de a fi experienţele emoţionale şi interacţiunea, ajutând familiile să devină mult mai reale, directe şi vitale prin modelarea comportamentului după propriul lor comportament.

Mulţi dintre ei sunt foarte *provocatori*. Whitaker, de exemplu (Napier, Whitaker, 1978), într-o şedinţă a întrebat fiica adolescentă dacă ea s-a gândit vreodată că părinţii săi ar fi avut o bună viaţă sexuală.

Kempler concepe terapeutul ca pe un *catalizator* şi un participant activ la interacţiunile familiale. În calitate de *catalizator*, el face *sugestii şi dă directive*. Directivele tipice includ:

- membrii familiei să se privească unul pe altul;
- să vorbească mai tare (cu voce pătrunzătoare);
- să repete anumite stări;
- să refrazeze remarcele cu mai multă participare emoţională;
- să folosească sintagma „Eu" în exprimarea stărilor, gândurilor, opiniilor.

Kempler consideră că terapeuţii trebuie să-şi limiteze impulsul de a presiona, de a instiga, de a forţa pacienţii. Ei pot fi spontani, dar nu impulsivi. Majoritatea experienţialiştilor sunt de acord că un terapeut foarte cald şi suportiv scade riscul de a fi prezent şi provocativ. Echilibrul între căldură şi exercitarea puterii trebuie păstrat. A încerca să acţionezi provocativ în maniera lui Whitaker, dar în absenţa căldurii şi puterii lui de control, poate conduce la eşec.

Fie că sunt dominant provocativi, fie dominant suportivi, terapeuţii experienţiali de familie sunt de obicei temperat *activi şi directivi*. Ei se adresează frecvent membrilor familiei cu: „Spune-i (lui sau ei) ce simţi tu!" sau adresează întrebarea: „Ce simţi tu acum?".

Ei observă semnalele *nonverbale* ale trăirilor, sentimentelor exprimate şi neexprimate, notează câte interacţiuni au loc, ce persoane sunt mobile sau rigide şi se străduiesc să identifice reacţiile emoţionale reprimate, ascunse. O tehnică folosită frecvent este *focalizarea* cu scop de *conştientizare* (Kaplan, Kaplan, 1978), prin direcţionarea atenţiei persoanei către ceea ce experimentează într-un anumit moment, inducerea stopării (opririi) gândurilor despre emoţiile trăite şi provocarea revelaţiei (*insight*-ului) asupra „materialului" de conştientizat. Când membrii familiei par să fie blocaţi sau defazaţi, terapeutul *focalizează* dialogul pe ceea ce pare a fi cel mai energizant pentru *deblocare*, ca în exemplul următor:

Terapeutul: Văd că te uiţi la tata ori de câte ori o întrebi pe mama ceva. De ce?
Ionuţ: Nu ştiu.
T: Trebuie să însemne ceva. Hai, spune, ce simţi?

I: Nimic.

T: Trebuie să însemne ceva. Ce anume?

I: Ei, uneori când mama mă lasă să fac ceva, tata, pur şi simplu, îşi iese din fire. Dar în loc să ţipe la ea, ţipă la mine.

T: Spune-i tatălui tău asta.

I (*furios la adresa terapeutului*): Lasă-mă în pace!

T: Nu, este foarte important. Încearcă să-i spui tăticului tău ce simţi.

I (*suspinând*): Întotdeauna stai cu gura pe mine. Nu mă laşi să fac nimic.

Tehnici expresive integrate în terapia experienţială de familie

Terapeuţii experienţiali utilizează un mare număr de tehnici, alegându-le şi integrându-le în terapie astfel încât să corespundă scopului de schimbare a interacţiunilor în sistemul familial, potrivit necesităţilor tuturor membrilor. Cele mai frecvente tehnici utilizate sunt:

- Sculptura familială (Duhl, Duhl, Kantor, 1973; Satir, Baldwin, 1983);
- Interviul cu păpuşile familiale (Irwin, Mallory, 1975);
- Art-terapia familială (Geddes, Medway, 1977);
- Desenul familiei conjugale (Bing, 1970);
- Tehnicile gestalt-terapeutice (Kempler, 1973).

Terapeuţii experienţiali utilizează o serie de accesorii necesare (jucării, căsuţe pentru păpuşi, cretă, vopsele şi hârtie etc.), pe care nu le limitează doar la terapia prin joc cu copiii, ci le integrează ca suport în diferite jocuri şi exerciţii experienţiale cu toată familia.

Sculptura familială (*Family sculpture*) este o tehnică concepută de David Kantor şi Fred Duhl, prin care terapeutul solicită tuturor membrilor familiei să se aşeze într-un grup statuar cu sens. Fiecărui membru i se cere să-i aşeze pe ceilalţi într-un tablou semnificativ. Această sarcină portretizează, în termeni de spaţiu, postura şi atitudinea, percepţiile fiecărei persoane despre familie, redate prin sensul grafic (sculptural). Procedeul permite o conştientizare puternică a ceea ce sunt membrii familiei unii faţă de alţii. Virginia Satir a utilizat această tehnică pentru a *dramatiza constrângerile rolurilor familiale*, adevărate „capcane" psihologice redate postural printr-o gamă de exerciţii din seria *family sculpture*. Ea demonstrează şi conştientizează membrilor familiei diferite tipuri de relaţii care există sau pot exista între ei, cu avantajele şi dezavantajele lor (Lewis, Streitfeld, 1972, pp. 250-256). Utilizând această „sculptură" a vieţii de familie, Virginia Satir creează *reprezentări tridimensionale asupra raporturilor dintre soţi, părinţi şi copii*. Adesea, participanţii la joc răspund ca *şi cum* aceste roluri simbolice ar fi reale. Astfel, portretul „fizic" (postural-atitudinal) poate lua locul celui „emoţional" sau prilejuieşte experimentarea trăirilor emoţionale resimţite de membrii grupului sculptural unii faţă de alţii.

Prezentăm în continuare *modelul tehnic terapeutic* utilizat în gama de exerciţii maritale şi familiale concepute de Virginia Satir.

Instructaj – ghid al terapeutului:

Citiţi următoarea listă de fraze. Alegeţi una care ar putea descrie cel mai bine mariajul dumneavoastră. Încercaţi să adoptaţi împreună cu partenerul dumneavoastră o poziţie fizică, ce concordă cu afirmaţia aleasă (care să reflecte sensul acestei afirmaţii). Dacă poziţia fizică adoptată reflectă natura relaţiei dumneavoastră, o veţi simţi, probabil,

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

familiară. Încercaţi, de asemenea, şi o altă poziţie (o nouă „sculptură"). Exploraţi-vă senzaţiile proprioceptive în fiecare experiment. Discutaţi:

- Cum şi ce simţiţi despre voi înşivă?
- Cum şi ce simţiţi faţă de partenerul/partenera dumneavoastră?
- Ce puteţi face în fiecare poziţie acum şi aici?
- Ce nu puteţi face?
- Ce simţiţi nevoia să faceţi sau ce simţiţi ca şi cum aţi face ceea ce aţi avea nevoie?

Exerciţii-suport pentru „sculptura familială"

1. Poziţia „Facem faţă lumii împreună"

Staţi spate în spate, cu braţele înlănţuite. Pretindeţi că sunteţi bucuroşi şi vioi. Puteţi privi fiecare în jur, înfruntând lumea. Dacă unul dintre voi doreşte să înconjoare camera, faceţi-o fără să vă daţi drumul la mâini. Spuneţi dacă puteţi face şi altceva în afara drumului pe care îl străbateţi împreună, în această poziţie? Dacă unul dintre voi vrea să se aşeze şi să citească o carte în timp ce celălalt străbate drumul respectiv, o poate face? Vă puteţi simţi protejat, dar, de asemenea, înlănţuit, cramponat... Analizaţi tot ce simţiţi în legătură cu această poziţie...

Exerciţiu suplimentar: ce se întâmplă când copiii se adaugă „sculpturii familiale"? Virginia Satir alege 6 voluntari (doi soţi, doi bărbaţi şi două femei care să joace rolul copiilor). Soţii sunt aşezaţi în poziţia „spate în spate înlănţuiţi". Primul copil vine şi se aşază între picioarele părinţilor săi, făcându-şi loc propriu. El încearcă să se sprijine de unul dintre părinţi pentru a sta cât mai confortabil (de exemplu, tata). Cu cât se sprijină mai mult de acesta, cu atât „statuia" maritală se clatină mai mult, se dezechilibrează (totul este puţin balansat). Virginia Satir a observat că pacienţii care manifestau acest dezechilibru comentau frecvent, anterior exerciţiului: „După ce mi s-a născut primul copil, totul a început să se clatine...". Al doilea copil se adaugă grupului. Pentru a stabiliza grupul familial, el îl va sprijini pe tată din exterior, situându-se în faţa acestuia şi sprijinindu-l cu mâinile pentru a se reechilibra. În acest caz, presiunea asupra mamei creşte. Apare al treilea copil, care vine să susţină poziţia mamei, prevenind dezechilibrul acesteia şi, prin ea, al întregului grup. El înconjoară cu mâinile talia mamei. Tatăl se simte tras pe spate. Soseşte al patrulea copil, care îl ajută să se restabilească pe picioare. Datorită suportului copiilor, părinţii sunt acum într-o poziţie stabilă.

Întregul aranjament a fost perceput de familie ca incredibil de *inconfortabil*. Al treilea născut (înlănţuit cu braţele de mama) poate fi considerat copilul mamei. El nu comunică direct decât cu ea, după cum al doilea născut nu comunică direct decât cu tatăl. Dacă mama se întoarce către ceilalţi, are o viziune incompletă asupra lor, la fel tatăl pe care îl sprijină. Mama spune: „Am avut o mică problemă respiratorie, m-am simţit prinsă" (anxietate cauzată pe de o parte de relaţia prea strânsă cu al treilea copil, iar pe de altă parte de absenţa contactului afectiv cu ceilalţi). Copilul de la bază (primul născut) afirmă: „Mi-e frică să mă mişc pentru că s-ar putea dărâma totul". Într-adevăr, prinşi într-o poziţie cu un suport precar, nici unul nu se poate mişca pentru că astfel se produce „colapsul" întregii familii. Tatăl afirmă: „Simt că sunt răsucit, sunt întors pe dos, spatele mă doare şi mă clatin". Al patrulea copil se simte neinclus, pe dinafară, îşi caută mereu locul. Primul copil se târăşte uşor în direcţia din faţa sa, apoi se ridică pe

propriile-i picioare. Familia nu se dărâmă, dar el spune: „Nu mai vreau să mă întorc acolo! Mi-ajunge cât am stat ghemuit". Treptat, familia se desface până când fiecare ajunge să stea pe picioarele sale, fără a se mai sprijini pe nimeni altcineva. Dar efortul posturii forţate se resimte. Fiecare respiră acum, în sfârşit, mai uşor. Soţia dă drumul mâinilor soţului. „Probabil că el va fi tot acolo când mă întorc", îşi spune ea, şi face câţiva paşi pentru a-şi vizita copiii plecaţi. Ei se îmbrăţişează. În final, soţul se simte eliberat, îşi întinde spatele şi picioarele, pentru a respira cât mai adânc şi li se alătură.

Metafora posturală i-a ajutat să-şi înţeleagă mai bine poziţiile relaţionale şi emoţionale, deficienţele de comunicare şi intercondiţionările care le-au impus limitări. Ei singuri şi-au modificat poziţia pentru a se *regăsi* într-o postură mai confortabilă, mai liberă, mai matură. În mod *spontan*, familia a acţionat pentru a-şi dobândi siguranţa, liniştea şi plăcerea.

2. Poziţia „stăpân-sclav"

Se practică pentru conştientizarea raporturilor dominare-submisie în relaţia maritală. Soţia stă pe un scaun, dar având un picior sprijinit pe spinarea soţului care se află la sol, „în patru labe". Ei experimentează poziţia, se autoobservă şi apoi schimbă rolurile. Interesant este faptul că, dacă soţul supus încearcă să se târască „în patru labe", imediat efectul este dezechilibrarea celui dominator, care poate „pica" de pe scaun. De asemenea, ei conştientizează cât de puţin se *văd* (se percep) unul pe celălalt (mai ales cel de jos, care pentru a-şi vedea parţial stăpânul trebuie să-şi răsucească gâtul într-un mod foarte incomod). Virginia Satir comentează în cadrul acestui exerciţiu: „Sunt sigură că aţi observat că nimeni nu l-a forţat pe sclav să se aşeze în acea poziţie, ci că s-a aşezat el însuşi". Adesea, bărbatul-sclav va spune: „Ea m-a pus aici...". „Cum?" – întreabă terapeutul, ceea ce prilejuieşte exprimarea sentimentelor şi conştientizarea relaţiei.

Un tată care face pe sclavul în sculptură decide că nu poate duce greutatea soţiei şi a copiilor în spinare şi se târăşte, îndepărtându-i unul câte unul. Exerciţiul prilejuieşte comunicarea autentică şi înţelegerea raporturilor şi sentimentelor nemărturisite.

3. Poziţia „Tu şi numai tu"

Stând faţă în faţă, cu braţele înlănţuite („Ce mai contează lumea din afară"), este o poziţie-metaforă pentru conştientizarea relaţiei excesiv de posesive, cu distanţa emoţională absentă. Relaţia creează experimentarea limitelor autonomiei personale. La întrebarea „Ce vrei să faci pe cont propriu?" se produc *insight*-uri semnificative privind dependenţa sau presiunea psihologică (*„sufocant"*). Un răspuns tipic din partea partenerului înlănţuit este: „Mă simt împins în afară".

4. Poziţia „În cârca dragonului"

Soţul stă în picioare, drept. Soţia agăţată în spatele lui, cu braţele înconjurându-i gâtul şi pieptul. Ce se întâmplă dacă soţul vrea să traverseze camera? La început, el poate să se simtă destul de puternic, mândru şi „bărbat", dar după 5 minute?! Soţia este şi ea întrebată ce simte în timp ce este transportată. La început plăcere, apoi...?! Dacă ea doreşte să schimbe direcţia este posibil fără să schimbe poziţia în care se află? „Acum schimbaţi locurile. Ce simţiţi în acest experiment?"

5. Poziţia „Ne sprijinim unul pe altul"

„Stând faţă în faţă, la distanţă de un băţ, sprijiniţi-vă palmele reciproc. Acum unul dintre voi se mişcă din ce în ce mai tare... Celălalt aproape că va cădea în faţă." Analiza se practică în acelaşi mod. Se vor mişca fiecare, pe rând, şi vor analiza efectele.

6. Poziţia „Pe un piedestal"

Soţul este aşezat pe un scaun, iar soţia la picioarele lui, pe podea. Îşi explorează amândoi sentimentele şi apoi îşi schimbă rolurile.

O soţie afirmă următoarele: „Nu putem realiza un contact ochi în ochi. Cu mult înainte am resimţit faptul că el era deasupra tuturor...".

7. Poziţia „oscilaţie liberă"

Stând faţă în faţă, apropiaţi-vă atât cât să vă fie bine. Ce simţiţi? Mişcaţi-vă liber în sens „du-te-vino". Atingeţi-vă unul pe altul. Duceţi-vă fiecare pe drumul lui şi întoarceţi-vă. Căsătoria voastră poate atinge acest ideal? !

Comparaţi-vă sentimentele experimentând diverse poziţii. Dacă una dintre ele este modelul căsătoriei dumneavoastră, vă puteţi simţi fie mai bine, fie mai anxioşi. Dacă obişnuiţi să fiţi puternic dependenţi de partener, vă poate face să-l vedeţi într-un mod nonconfortabil, capabil să vă părăsească şi apoi să se întoarcă. Dacă unul dintre voi a fost întotdeauna pe piedestal, veţi găsi că este nepotrivit să vă situaţi la acelaşi nivel amândoi. În felul acesta puteţi afla natura reală a relaţiei dintre voi.

Sculptura familială, coregrafia sau spaţializarea sunt folosite, de asemenea, de Jefferson (1978) pentru a clarifica anumite „scene" ce provin din *trecut*. Instructajul tipic este: „Aminteşte-ţi de tine cum stăteai în faţa casei tale din copilărie. Lasă-te în această imagine, mergi şi descrie ce se întâmplă". Cu această tehnică, se încearcă prin „sculptură" şi „coregrafie" (mişcare) să se portretizeze percepţiile subiectului asupra vieţii lui de familie din copilărie. Este foarte utilă în ascuţirea sensibilităţii şi poate aduce foarte multe informaţii terapeutului. Este mult mai util dacă se sugerează anumite *schimbări*, care să fie traduse în acţiuni. „Îţi place cum stai, ce faci? Dacă nu, schimbă poziţia aşa cum vrei tu ca să-ţi fie bine. Şi, dacă te preocupă asta în mod real, fă ceva referitor la ea şi între şedinţele terapeutice. Vezi poziţia corporală ca un indicator tipic al reacţiilor emoţionale la anumite evenimente ale vieţii de familie".

Art-terapia familială este o altă tehnică structurată prin exerciţiu expresiv.

Kwiatkowska (1967) instruieşte familiile să *deseneze* o serie de *secvenţe* ordonate, incluzând „bucăţile de viaţă familială" pe care fiecare persoană să le facă, urmând să le includă într-un *desen unificat* al familiei (pictura familiei sau tabloul familial).

Bing (1970) solicită familia să se deseneze pe sine, iar Rubin şi Magnussen (1974) îi cere ca din bucăţile de ceramică să construiască un portret bi sau tridimensional al familiei. Elisabeth Bing descrie *tehnica desenului conjugal* ca o modalitate de stimulare a căldurii şi a exprimării libere a sinelui. Instructajul de bază este: „Desenează un tablou reprezentându-vă pe voi ca familie (aşa cum vă vedeţi voi pe voi ca familie)". Rezultatul desenului poate dezvălui percepţii care nu erau prevăzute a fi discutate sau poate stimula persoana să înţeleagă ceva prin intermediul desenului, ceva la care nu se gândise până atunci niciodată, ca în exemplele următoare:

Un tată a desenat un tablou al familiei sale în care el apărea stând deoparte, în timp ce soţia şi copiii, cu braţele încrucişate, şedeau în picioare. Deşi această poziţie era bine cunoscută soţiei sale şi lui însuşi, ei nu vorbiseră niciodată deschis despre semnificaţia ei. Îndată ce a produs „tabloul" şi l-a arătat terapeutului nu a mai existat nici un fel de manevră de evitare.

Când terapeutul i-a rugat pe membrii unei familii să deseneze familia, o adolescentă (fiica) s-a dovedit cam nesigură cu privire la cum ar fi trebuit să procedeze. Nu se gândise niciodată prea mult la familia ei sau la rolul pe care îl avea ea în această familie. Pe măsură ce lucra, desenul ei părea să iasă din ce în ce mai mult la lumină. După ce a terminat, a fost oarecum surprinsă să descopere că ea se desenase pe sine mai aproape de tatăl şi de surorile ei decât de mamă. Acest lucru a provocat o discuţie aprinsă între ea şi mama sa cu privire la relaţia lor. Deşi cele două îşi petrecuseră mult timp împreună, fiica nu se simţea apropiată de mamă, deoarece avea sentimentul că este tratată de aceasta ca „un copil", nevorbindu-i despre preocupările ei şi manifestând doar un interes superficial pentru viaţa fiicei sale. Pe de altă parte, mama a fost surprinsă, dar nu total indispusă, aflând că fiica ei dorea să stabilească o relaţie bazată mai mult pe egalitate cu ea (*apud* Nichols, Schwartz, 1991, p. 301).

O altă tehnică menită să crească expresivitatea este desenul *simbolic al spaţiului vieţii de familie* (Geddes, Medway, 1977). Mai întâi terapeutul desenează un *cerc* mare. El cere familiei să deseneze în interior numai ceea ce reprezintă interiorul familiei, alte persoane sau instituţii urmând să fie plasate în desen în afara cercului. Fiecare membru al familiei trebuie să se reprezinte printr-un cerculeţ în interiorul cercului familial, în locul pe care îl consideră semnificativ pentru poziţia sa în raport cu ceilalţi. Terapeutul comentează apoi percepţiile aparente ale membrilor familiei, ca de exemplu: „Oh, tu te simţi în afara tuturor celorlalţi", sau „Se pare că sora ta este mult mai deschisă faţă de părinţi decât apari tu aici".

Tehnici bazate pe joc de rol şi drama-terapie

- *Interviul cu păpuşile familiale* este o tehnică introdusă de Irwin şi Mallory (1975), care constă în a solicita un membru al familiei să pună în scenă o *poveste* utilizând păpuşile. Această tehnică, folosită iniţial în terapia prin joc cu copiii mici, s-a presupus a fi un vehicul pentru exprimarea şi iluminarea puternică a *conflictelor* şi *alianţelor*. Totuşi, tehnica se limitează la lucrul cu copiii, pentru că mulţi adulţi se dovedesc rezistenţi în a „regresa" la nivelul acestora şi a se exprima în acest mod.
- *Jocul de rol* este o altă tehnică favorită a terapeuţilor experienţiali. Aducerea în prezent a schemelor trecute sau a proiecţiilor viitoare şi experimentarea lor „acum şi aici" constituie obiectivul de bază. Kempler (1968) îi încurajează pe părinţi să fantazeze şi să joace roluri şi scene trăite în copilărie. Mama poate fi solicitată prin jocul de rol să se comporte aşa cum o făcea în copilărie, iar tatăl să joace (să interpreteze) „dilema fiului său", imaginându-se pe sine în locul lui, drept un băiat de vârsta acestuia sau el însuşi la acea vârstă.

  Prin această tehnică se explorează blocajele emoţionale (rupându-se dialogul familial şi lucrându-se cu individul), se investighează amintirile şi visele. Lui Kempler, lucrul individual intrapsihic în prezenţa familiei îi ocupă o foarte mare parte din şedinţa terapeutică şi din majoritatea şedinţelor. Raţiunea acestui mod de lucru este convingerea că *„problemele personale neîncheiate, nerezolvate"*, împiedică *întâlnirea* autentică cu ceilalţi membri ai familiei.
- Se utilizează, de asemenea, *tehnica scaunului gol*, preluată din gestalt-terapie. Astfel, când un copil vorbeşte despre bunicul său, este pus în situaţia de a i se adresa chiar lui, personificat, substituit de un scaun gol aflat în faţa clientului. Această tehnică este deosebit de utilă pentru intensificarea experienţelor emoţionale

prin „spargerea" amintirilor şi a reacţiilor refulate, prin *focalizare* şi *acţionare*. Această tehnică „deschide" dialogul blocat între membrii familiei.

Whitaker (1975) foloseşte o tehnică a jocului de rol pe care o numeşte *psihologia absurdului*. Ea constă în accentuarea calităţilor neraţionale (nerezonabile) ale răspunsurilor pacientului până la limita absurdului. Iată un exemplu :

Soţia: – Nu mai pot sta cu soţul meu.
Terapeutul: – Atunci, de ce nu ai scăpa de el, sau ia-ţi un amant!

Efectul poate fi câştigarea de către pacient a unei distanţe obiective prin participarea la modul de distanţare al terapeutului. Pericolul este însă ca pacientul să se simtă rănit sau luat peste picior.

Se poate sesiza că terapeuţii experienţali de familie acţionează ca *agenţi provocatori ai unei conştientizări emoţionale intense şi ai unei expresivităţi crescute* care oferă familiilor în dificultate şansa unei revitalizări a relaţiilor, a unor interacţiuni mai autentice şi a unei comunicări deblocate. Reducând rezistenţele emoţionale, terapeuţii se focalizează mai curând pe valoarea de *schimbare a experienţei* şi mai puţin pe aceea a înţelegerii. Terapia prilejuieşte nu atât o acţiune intelectuală, de tip interpretativ, cît o experienţă emoţională şi de comunicare intensă. *Schimbarea* produsă este evaluată prin efectul de catalizare a expresiei emoţionale în afara şedinţelor terapeutice. Rapoartele autorilor asupra validităţii rezultatelor consemnează efectele pozitive intraterapie, cum ar fi capacitatea unei familii de a avea contacte directe cu fiul schizofren sau satisfacţia familiei posttratament. Rezultatele, în general, au fost greu de obiectivat în comportamentele schimbate ale fiecărui membru, terapeuţii considerând că nu este necesar că fiecare să se schimbe, ci mai ales să se experimenteze stări emoţionale intense care să deblocheze impasul funcţional al familiei în mod spontan. Un alt indicator de succes se referă la satisfacţia şi caracterul activ-creativ al terapeuţilor pe parcursul terapiei, în caz de insucces aceştia fiind plictisiţi şi neantrenaţi.

Concluzie

Desigur, una dintre contribuţiile majore ale terapiei experienţiale de familie este de a nu înceta să ne amintească, într-o lume dominată de gândirea sistematică, că *durerile şi bucuriile individuale, atât de rar menţionate, nu trebuie neglijate şi că nu trebuie să pierdem din vedere „persoana" în sistem.*

V.3. Terapia transgeneraţională de familie

Ar fi un paradox să afirmăm că există o „terapie de familie psihanalitică", deoarece, după cum se ştie, psihanaliza se adresează doar indivizilor separaţi, deşi Freud vorbeşte mult în teoria sa despre dinamicile relaţiilor familiale, explicând simptomele prin influenţa relaţiilor pe care persoana simptomatică le are sau le-a avut cu alţii şi mai ales cu cei din familia de origine. Astfel că putem, mai degrabă, să spunem că există curente sau orientări ale terapiei de familie care folosesc modelul psihanalitic. Nu trebuie ignorat însă că aproape toate celelalte orientări terapeutice de familie importante provin şi se sprijină pe teoria freudiană. Murray Bowen (1976) observa că terapeuţii, indiferent de orientarea lor, folosesc două dintre ideile de bază ale psihanalizei. Una este cea referitoare la „tulburarea emoţională care se dezvoltă în relaţie cu alţii". A doua este aceea că „relaţia terapeutică este «tratamentul» universal pentru tulburarea emoţională".

Dacă ne referim strict la orientările de tip psihanalitic ale terapiei de familie, putem scoate în evidenţă faptul că ele reprezintă în realitate o mixtură între gândirea de tip sistemic şi psihologia de tip analitic sau psihodinamic. Astfel de orientări sunt definite deseori drept terapii transgeneraţionale, deoarece se referă la familiile extinse şi, în mod evident, se centrează mai mult pe originile şi natura comportamentelor interpersonale şi a structurilor intrapsihice care s-au născut din relaţionări din trecut şi care se transmit din generaţie în generaţie, influenţând relaţionările prezente.

În cadrul acestor terapii transgeneraţionale, locul cel mai important, datorită impactului său extrem de mare asupra domeniului terapiei de familie, îl ocupă terapia lui Murray Bowen, cunoscută sub numele de terapia boweniană.

Alături de aceasta se mai remarcă orientarea lui Ivan Boszormenyi-Nagy, denumită terapie familială contextuală, în care găsim o mixtură interesantă de accente pe procesele interpersonale, dar şi pe cele intrapsihice.

Noi ne-am oprit însă la a descrie doar terapia de familie a lui Murray Bowen, considerând-o foarte utilă pentru înţelegerea şi intervenţia terapeutică în familiile care se prezintă în terapie.

Teoria boweniană a fost descrisă ca având cea mai comprehensivă viziune asupra comportamentului uman şi problemelor umane dintre toate abordările privind tratamentul familial (Nichols, Schwartz, 1991). Accentul principal în acest model cade pe asigurarea unei teorii a funcţionării familiei. Modelul de terapie derivat din această teorie are o semnificaţie secundară. Faţă de alte modele ale terapiei de familie, teoria boweniană tinde să aibă o orientare mai mult intelectuală şi o mai scăzută concentrare pe aspectul emoţional sau experienţial.

Teoriei boweniene formulate de Murray Bowen i s-a atribuit şi numele de teorie sistemică de familie. Deoarece teoria sistemică de familie era uneori confundată cu teoria sistemică generală, acest nume a fost abandonat şi înlocuit cu numele de teorie boweniană.

Murray Bowen, medic cu specializare în psihiatrie, şi-a făcut rezidenţa la faimoasa clinică Menninger (Menninger Clinic), recunoscută pentru orientarea sa psihanalitică. Aici, Bowen a devenit din ce în ce mai nesatisfăcut de conceptele psihanalitice care nu puteau fi validate prin metode ştiinţifice acceptate în mod convenţional. Ca urmare, el a început să dezvolte o nouă teorie „concepută să corespundă în mod precis cu principiile evoluţiei şi cu omul ca fiinţă evolutivă" (Kerr, Bowen, 1988, p. 360). Bowen şi-a perfecţionat teoria şi după mutarea sa la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală din Bethesda, Maryland, în 1954. La INSM, Bowen a admis familii întregi în secţia de cercetare psihiatrică. Cercetarea acestor familii a fost ghidată de teoria boweniană şi, astfel, teoria a fost extinsă şi modificată de fiecare dată când specialiştii se confruntau cu informaţii noi sau incompatibile. În timpul celor cinci ani la INSM, cercetarea lui Bowen s-a centrat pe familiile cu copii schizofreni şi în particular pe relaţia simbiotică observată între mame şi copiii lor. În final, teoria s-a dezvoltat pentru a include întreaga familie, adresându-se şi altor tipuri de familii. Bowen spunea (1978):

> La acel moment, eforturile erau în direcţia extinderii orientării teoretice de la un concept familial de schizofrenie la o teorie familială a bolilor emoţionale şi a adaptării psihoterapiei de familie la o întreagă gamă de boli emoţionale (p. 105).

În 1959, Bowen s-a mutat la şcoala de medicină a Universităţii Georgetown, astfel că dezvoltarea ulterioară a acestei teorii a avut loc aici. În 1968, Bowen a iniţiat un program de pregătire postuniversitară în terapia de familie. La Centrul Familial al Universităţii

Georgetown, el îşi continuă lucrul la teoria sa şi la aplicaţiile ei terapeutice. Prin moartea lui Murray Bowen, în 1990, domeniul terapiei de familie „a pierdut nu doar pe unul dintre cei mai mari maeştri, dar şi pe unul dintre cei mai severi critici" (Becvar, Becvar, 1996).

Alte figuri proeminente care au contribuit la extinderea şi aplicarea teoriei boweniene sunt Michael Kerr, Daniel Papero, Philip Guerin, Monica McGoldrick, Betty Carter, Edwin Friedman, Peggy Papp şi Thomas Fogerty.

Premise conceptuale

Bowen pune mult accent pe rigoarea ştiinţifică. Ştiinţele naturale şi în special conceptul de evoluţie au servit ca modele pentru conceptul de psihologie al lui Bowen. Charles Darwin şi Sigmund Freud au avut un impact semnificativ asupra gândirii lui Bowen, motiv pentru care multe concepte din teoria boweniană sunt derivate din gândirea psihanalitică. Însuşi Bowen a fost în analiză timp de 13 ani.

Spre deosebire de teoria generală a sistemelor, care accentuează mecanismele de feedback şi sistemele cu autoreglare, modelul lui Bowen este mai apropiat teoriei sistemelor naturale. Aceasta din urmă sugerează că familia, ca toate celelalte sisteme (de exemplu, coloniile de furnici, sistemul solar), este ghidată de procese comune din natură (Goldenberg, Goldenberg, 1991). Teoria boweniană se bazează pe ideea că oamenii au o moştenire evolutivă comună la nivelurile primitive ale funcţionării. Acest lucru are un impact semnificativ asupra comportamentului (de exemplu, răspunsurile emoţionale reactive şi din reflex). Acest aspect al funcţionării este universal şi transcende contextele istorice şi culturale. De asemenea, din punctul de vedere al lui Bowen, există două forţe vitale care contrabalansează şi care sunt relevante pentru funcţionarea familiei (Papero, 1991):

- individualitatea, o forţă naturală cu rădăcinile într-un instinct de a fi un organism independent de sine stătător;
- „a fi împreună", o forţă naturală cu rădăcini într-o nevoie instinctuală de alţii şi un simţ de a fi conectat la altă persoană sau grup.

Aceste forţe sunt universale prin faptul că în toate relaţiile există un joc dinamic între individualitate şi „a fi împreună".

O altă idee importantă în teoria boweniană este aceea conform căreia oamenii sunt dotaţi atât cu sisteme emoţionale, cât şi cu sisteme intelectuale. Când aceste sisteme operează separat, dar armonios, individul face o alegere între a reacţiona într-un mod emoţional şi a reacţiona într-un mod intelectual în orice situaţie dată. Când anxietatea sporeşte intensitatea emoţională, cele două sisteme, intelectual şi emoţional, se amestecă. În consecinţă, gândirea şi comportamentul sunt determinate mai mult emoţional şi alegerea este compromisă.

Familia este concepută de Bowen ca un sistem, ca o unitate interdependentă emoţional. O schimbare într-o parte a sistemului familial va determina schimbări în alte părţi şi în întreaga familie. Comportamentele în cadrul unei familii au tendinţa de a se cristaliza în patternuri regulate de-a lungul timpului. Aceste patternuri sunt frecvent repetate în câteva generaţii ale familiei respective. Familiile, ca oricare alt sistem, exercită o puternică influenţă în ce priveşte homeostazia, aştfel că ele susţin conformitatea comportamentului fiecărui membru, evitând în acest mod schimbările comportamentale. De asemenea, familia stabileşte şi climatul emoţional, şi comportamentele pe care membrii le vor manifesta sau recrea în contexte nonfamiliale (de exemplu, cele de muncă, joc etc.).

De aceea, teoria boweniană poate fi aplicată nu doar în cazul familiilor, ci şi al altor tipuri de grupuri sociale, inclusiv cele implicate în muncă, religie şi politică. Aceste grupuri manifestă procese emoţionale similare celor din unitatea familială.

Principii teoretice

Esenţa teoriei boweniene este alcătuită din opt concepte fundamentale. Aceste concepte interrelaţionate construiesc „piatra de temelie" (Walsh, 1996) a teoriei, şi anume sistemul emoţional.

Sistemul emoţional include „forţa pe care biologia o defineşte ca instinct, reproducere, activitate automată controlată de sistemul nervos autonom, stări emoţionale subiective şi sentimentele şi forţele care guvernează sistemele de relaţie... În termeni largi, sistemul emoţional guvernează «dansul vieţii» în toate lucrurile vii" (Bowen, 1975, p. 380).

Un alt termen-cheie de la începutul muncii lui Bowen este masa de ego familial nediferenţiat. Acesta se referă la „unitatea emoţională, intensă într-o familie, care produce emoţionalitate ce interferează cu gândirea şi împiedică diferenţierea individului de familie" (Bowen, 1978). Hall notează că Bowen nu mai utilizează această terminologie, termenul de „fuziune" fiind cel preferat în mod curent. Astfel, teoria boweniană face o distincţie între indivizii care sunt fuzionaţi şi cei care sunt diferenţiaţi. Caracteristica preferată este cea de diferenţiere. Prezentăm mai jos cele opt concepte esenţiale ale teoriei boweniene, în care diferenţierea sinelui este considerată foarte importantă.

1. *Diferenţierea sinelui.* În contextul unui sistem emoţional, diferenţierea sinelui reprezintă gradul relativ de autonomie pe care un individ îl păstrează, în timp ce rămâne în relaţie semnificativă cu ceilalţi. Aceşti indivizi pot transcende nu doar propriile emoţii, ci şi cele ale sistemului lor familial. De asemenea, astfel de persoane diferenţiate sunt mai flexibile, adaptabile şi mai autonome. Ca urmare, ele îşi trăiesc propriile emoţii şi, deşi nu sunt lipsite de conştiinţa emoţiilor celor din jurul lor, sunt capabile să menţină un grad de obiectivitate şi distanţă emoţională faţă de problemele emoţionale proprii sau ale altora. De aceea, se consideră că indivizii înalt diferenţiaţi au un eu solid (*solid self*), mai integrat. Acesta reprezintă pentru Bowen conceptul de eu care este ghidat în principal de intelect, adică persoana poate acţiona sau lua decizii pe baza unor judecăţi raţionale.

Indivizii cu niveluri scăzute de diferenţiere tind să fie mult mai rigizi şi mai dependenţi emoţional de alţii, comportamentul fiind direcţionat mai degrabă de emoţii. Ei sunt ghidaţi preponderent de pseudo-eul (*pseudo-self*) lor. Acesta este un concept de eu care este negociabil cu alţii, sensibil la emoţii şi mai puţin la judecăţile raţionale. Astfel de persoane vor lua decizii bazate pe sentimente, nu pe principii logice, raţionale. De aceea, deciziile luate în momente diferite de timp vor fi marcate de inconsecvenţă, dar indivizii cu pseudo-eu nu sunt conştienţi de această lipsă de constanţă. Bowen (1976) descrie pseudo-eul ca un eu pretins, adică un eu fals, după cum ar spune Winnicott, pe care persoana îl poate simţi ca fiind real, deşi nu este.

În terapia de familie boweniană se urmăreşte gradul diferenţierii sinelui la fiecare membru al familiei şi în special la copii (mai ales dacă aceştia sunt adolescenţi sau chiar maturi). Este mult mai probabil ca persoanele cu un grad mic de diferenţiere a sinelui faţă de membrii familiei care dezvoltă anumite simptome să prezinte şi ele, la rândul lor, alte sau chiar aceleaşi simptome comparativ cu persoanele cu un grad mare de diferenţiere. De aceea, unul dintre scopurile terapeutice va fi creşterea gradului de autonomie a membrilor familiei, unii faţă de alţii.

Mai mult, conceptele de diferenţiere şi fuziune sunt foarte importante pentru Bowen (ca şi pentru oricare alt terapeut) şi în ceea ce priveşte ipotezele intergeneraţionale sau transgeneraţionale. Bowen consideră că persoanele care părăsesc familia de origine cu un pseudo-eu sau cele care sunt fuzionate cu familiile lor de origine tind să se căsătorească cu persoane cu care vor putea, de asemenea, să fuzioneze. Astfel, două persoane nediferenţiate tind să se găsească unele pe altele. Rezultatul va fi separarea emoţională de familia de origine şi fuzionarea soţilor. Aceasta presupune că pseudo-eul unuia dintre soţi se va baza pe pseudo-eul celuilalt, adică se vor uita unul la celălalt pentru a detecta diferite indicii pentru a alege modul de reacţie emoţională şi de luare a deciziilor; „procesele familiale neproductive trec de la o generaţie la următoarea prin astfel de mariaje" (Becvar, Becvar, 1996).

2. *Procesul emoţional familial nuclear.* Acest concept descrie gama de patternuri relaţionale emoţionale din sisteme, dintre părinţi şi copii. Există patru mecanisme utilizate de familie pentru a face faţă anxietăţii când aceasta devine prea intensă în familia-nucleu. Toate cele patru mecanisme pot fi folosite, dar, de regulă, o familie, mai ales dacă este fuzională, utilizează în mod predominant unul sau mai multe.

- Distanţa emoţională. Într-un sistem familial fuzional cu niveluri înalte de anxietate, un membru al familiei poate mări distanţa interpersonală atunci când el sau ea nu mai poate face faţă reactivităţii emoţionale (Bowen, 1978). Frecvent, aceasta poate determina o distanţă mai mare decât doreşte de fapt individul.
- Conflictul marital. Cantitatea de conflict într-un mariaj este o funcţie a gradului de fuziune din relaţie şi a intensităţii anxietăţii corespunzătoare (Papero, 1991). Poate avea loc un proces ciclic în care conflictul este urmat de distanţă emoţională, o perioadă de apropiere caldă, apoi o creştere a tensiunii care precipită un alt conflict şi, astfel, ciclul se perpetuează.
- Transmiterea sau proiecţia problemei către copil. De multe ori, problemele dintre soţi şi anxietatea acestora tind să fie evitate prin concentrarea lor pe unul sau mai mulţi copii. Cel mai comun pattern este ca mama să-şi concentreze o mare parte din energia sa emoţională pe un copil (ajungându-se chiar la fenomenul de fuziune simbiotică între mamă şi copil), în timp ce tatăl se distanţează şi este evitat în acelaşi timp. Copilului pe care părintele se concentrează îi sporesc reactivitatea şi fuziunea sistemului intelectual şi emoţional. De aceea, el este cel mai vulnerabil la dezvoltarea unor simptome.
- Disfuncţia într-un soţ. În cazul unui cuplu cu un membru inadecvat sau disfuncţional, iar celălalt în mod deschis adecvat cu scopul de a compensa, se pot dezvolta roluri reciproce. Acest pattern poate lua amploare şi poate deveni solid, dacă un membru al familiei dezvoltă o maladie fizică sau mintală cronică.

3. *Triunghiurile sau triangularea.* Acest concept este strîns legat de cel al proiecţiei unei probleme asupra unuia sau mai multor copii. Un triunghi este unitatea de bază a interdependenţei în sistemul emoţional familial. Pentru Bowen, o diadă, adică un sistem de două persoane, este stabilă atât timp cât ea este calmă. Dacă apar factori stresori care determină creşterea nivelului de anxietate, diada poate rămâne stabilă, dar când anxietatea într-o diadă atinge un nivel mai ridicat, o a treia persoană va fi atrasă în câmpul emoţional al celor doi. De exemplu, naşterea primului copil determină apariţia unui triunghi format din cei doi părinţi şi copil. Sau, atunci când există un conflict între soţi, soţia poate apela la mama sa pentru a-şi reduce anxietatea, implicând-o şi pe aceasta în

conflictele cu soţul ; în felul acesta apare triunghiul format din soţ, soţie şi mama soţiei. Triunghiurile într-o familie pot să fie latente şi să nu se manifeste în mod deschis. Totuşi, aceste triunghiuri pot fi activate (şi se activează frecvent) în timpul perioadelor de stres. Bineînţeles, nivelul stresului sau al anxietăţii necesar pentru destabilizarea diadei este în strânsă legătură cu gradul de diferenţiere a celor doi.

4. *Procesul proiectiv al familiei.* Acest proces se referă la faptul că nivelul de diferenţiere a părţilor trece mai departe la unul sau mai mulţi dintre copiii lor. În mod obişnuit, un copil dintr-o familie va avea o implicare emoţională crescută cu unul dintre părinţi. Această supraimplicare poate varia de la părintele care e în mod excesiv îngrijorat de ce se întâmplă cu copilul până la părintele care este extrem de ostil acţiunilor copilului. Dinamica aceasta deteriorează capacitatea copilului de a funcţiona eficient în contexte sociale. Gradul de diferenţiere a părinţilor şi nivelul de stres în familie determină intensitatea procesului proiectiv al familiei.

5. *Întreruperea (Distanţarea) emoţională.* În încercarea de a face faţă fuziunii şi absenţei diferenţierii în relaţiile lor interne, membrii familiei sau segmente ale sistemului extins se pot distanţa unul de altul şi pot deveni separaţi emoţional (Hall, 1981). Deşi individul care întrerupe poate părea că face faţă relaţiei cu familia, el rămâne mai vulnerabil la alte relaţii intense. Kerr (1981) sugerează că întreruperea emoţională indică o problemă – fuziunea dintre generaţii –, rezolvă o problemă – scade anxietatea asociată cu contactul familial – şi creează o problemă – izolează indivizii care ar putea beneficia de contact. Ca rezultat al separării emoţionale, individul rămâne prins în sistemul emoţional al familiei şi poate fi mai puţin capabil să răspundă eficient la situaţiile de rezolvare a problemelor. Disfuncţia consecventă se poate manifesta şi în alte moduri, cum ar fi relaţii superficiale, boală fizică, depresie şi comportamente impulsive (Walsh, 1980).

6. *Procesul de transmitere multigenerațională.* Tendinţa puternică de a repeta patternurile disfuncţionale ale conduitei emoţionale în generaţii succesive culminează cu niveluri scăzute de diferenţiere a eului pentru anumiţi membri ai generaţiilor mai tinere (Hall, 1981). Bowen consideră că indivizii la niveluri echivalente de diferenţiere, deci fie diferenţiaţi, fie fuzionaţi, se găsesc unul pe altul şi se căsătoresc şi pot avea unul sau mai mulţi copii cu niveluri mai scăzute de diferenţiere. De aceea, ne putem aştepta ca aceste ataşamente sau distanţări să fie mai accentuate la copii decât au fost la părinţii lor. Deoarece patternul repetitiv determină în mod succesiv niveluri mai scăzute de diferenţiere la generaţiile următoare, procesul culminează cu un ultim nivel de disfuncţie, adică ataşamentele (fuziunile) sau distanţările emoţionale care determină apariţia diferitelor simptome ce fac ca persoana sau familia să recurgă la terapie.

7. *Poziţia de frate sau soră.* Vârsta mai mare şi distribuţia pe sexe între fraţi în aceleaşi generaţii au o puternică influenţă asupra comportamentului (Hall, 1981). Cercetările lui Walter Toman (1969) descriu roluri diferite pe care indivizii le manifestă ca rezultat al poziţiei lor în familiile de origine, cum ar fi copilul cel mai mare, sora mai mică, cel mai mic copil. De exemplu, într-o familie cu mulţi copii, ultimul copil, cel mai mic, poate să fie cu totul ignorat din punct de vedere afectiv, din cauza preocupării şi stresului părinţilor pentru asigurarea hranei şi securităţii familiei. Bowen sugera, de asemenea, că patternurile interactive dintre cuplurile maritale pot fi legate de rolurile indivizilor din familiile lor de origine.

8. *Procesul emoţional al societăţii* (*Regresia socială*). Acest concept-cheie al lui Bowen are în vedere faptul că procesele caracteristice familiilor pot fi observate şi în

interacţiunile la nivel social. De exemplu, deoarece există o anxietate crescută şi un stres continuu cauzate de crimă, şomaj şi poluare, există şi o tendinţă socială către reactivitate emoţională şi o probabilitate scăzută a individului de a-şi utiliza eficient procesele emoţionale. Bowen observa că istoria recentă a societăţii noastre pare să reflecte acest tip de regresie, adică societatea poate face faţă cu succes unor factori stresori situaţionali acuţi, dar eşuează când factorii stresori se cronicizează. Din pricina stresului cronic, atât societatea, cât şi familia pierd contactul cu principiile sistemului lor intelectual şi vor acţiona în virtutea sistemului emoţional, pierzându-şi obiectivitatea.

Sumarizând, cele opt concepte fundamentale ale teoriei boweniene sunt:

1. diferenţierea sinelui;
2. procesul emoţional al familiei nucleare;
3. triunghiurile;
4. procesul proiectiv al familiei;
5. întreruperea emoţională;
6. procesul de transmitere multigeneraţională;
7. poziţia de frate sau soră;
8. procesul emoţional al societăţii.

În funcţie de aceste noţiuni de bază ale concepţiei sale, Bowen consideră familia funcţională ca fiind cea caracterizată prin viabilitate sau valoarea de supravieţuire a proceselor sale emoţionale, mai degrabă decât a se referi la forma sau structura ei. Viabilitatea familiei este, de asemenea, legată de modul cum familia îşi echilibrează balanţa dintre individualitate şi „a fi împreună". Procesele flexibile ale unei familii sunt acelea care permit diferenţierea eului membrilor individuali ai familiei. Acest tip de familie va fi caracterizat prin comunicare deschisă, o frecvenţă scăzută a comportamentelor simptomatice şi lipsa întreruperii emoţionale.

Hall (1981), un alt reprezentant al teoriei boweniene, numeşte „putere" procesele familiale care conduc la adaptarea cu succes a unităţii familiale. Disfuncţia este numită „slăbiciune", ceea ce denotă un grad scăzut de viabilitate a proceselor emoţionale. Acesta este distructiv pentru familie, conducând în final la distrugerea ei (Hall, 1981). Procesele disfuncţionale într-o familie pot fi manifestate prin niveluri înalte ale intensităţii emoţionale, relaţii rigide sau restrictive (de exemplu, dependenţa sau izolarea), prin niveluri scăzute de diferenţiere individuală a eului şi simptome manifestate la membrii individuali ai familiei.

Aşa cum am menţionat anterior, Bowen afirmă că indivizii cu niveluri similare de diferenţiere au tendinţa să se caute unul pe altul şi să se căsătorească. Indivizii cu niveluri scăzute de diferenţiere care se căsătoresc au o probabilitate mai mare să aibă niveluri mai intense de fuziune, ceea ce conduce la problemele descrise anterior. Prin procesul multigeneraţional, disfuncţia dintr-o generaţie este trecută membrilor generaţiei următoare şi tinde să se perpetueze în această manieră.

Astfel, în procesul terapeutic se va urmări diagnosticarea nivelului de diferenţiere a membrilor familiei şi intensitatea proceselor emoţionale. Totuşi, terapeutul evită patologizarea unui membru al familiei frecvent denumit ca „pacient identificat". În schimb, problema este conceptualizată în termenii unui întreg sistem familial. Începutul evaluării priveşte informaţia despre procesele familiei, care este colectată în şedinţele iniţiale. Terapeuţii bowenieni pot structura evaluarea familiei în diferite moduri. Kerr (1981, p. 252) oferă un cadru general pentru un interviu de evaluare, cuprinzând:

- istoria problemei prezentate;
- istoria familiei nucleare;

- istoria sistemului familial extins al soţului;
- istoria sistemului familial extins al soţiei;
- concluzia.

Informaţia adunată poate fi înregistrată ca o reprezentare grafică a familiei respective, numită genogramă. Această genogramă constituie un instrument-cheie în teoria şi terapia boweniană; ea asigură, prin vizualizare, o clarificare a proceselor emoţionale ale familiei.

În mod frecvent, genograma conţine:

- evenimentele nodale ale familiei (de exemplu, evenimentele care au schimbat funcţionarea familiei), cum ar fi naşteri, avorturi, divorţuri, separări, boli, accidente, dependenţe (cum ar fi cea de alcool sau de drog), decese.
- caracteristicile sistemului familial, cum ar fi triunghiurile şi separările emoţionale, astfel încât sunt evidenţiate procesele multigeneraţionale care au modelat familia nucleară. De exemplu, cine cu cine vorbeşte mai des direct sau chiar la telefon, cine cu cine se ceartă, locul rezidenţei (adică apropierea membrilor familiei, cine cu cine locuieşte sau se vizitează) etc.
- caracteristicile esenţiale ale membrilor familiei, care dau informaţii despre persoane, dar şi despre modul de reacţie, mai ales emoţional, al membrilor familiei în condiţii de stres. Aceste informaţii se referă la originea culturală şi etnică, statutul socioeconomic, apartenenţa religioasă, profesie, hobby-uri, dar şi caracteristicile de personalitate care au relevanţă pentru membrii familiei implicate în terapie şi mai ales regulile şi căile de a face faţă conflictelor şi momentelor tensionante, care cresc nivelul anxietăţii.

Genograma familiei serveşte drept instrument care îl ajută pe terapeut să înţeleagă sistemul emoţional al familiei respective. De asemenea, funcţionează ca ghid în terapie şi poate fi împărtăşit familiei, discutat cu aceasta, ca o componentă a procesului terapeutic, pentru facilitarea unor *insight*-uri referitoare la procesele emoţionale şi la nivelul de diferenţiere.

Un alt element util pentru diagnoză în teoria boweniană este scala „diferenţierii eului". Acest instrument de evaluare a fost dezvoltat de Bowen pentru a măsura şi descrie tendinţa unui individ către individualitate sau către a fi cu ceilalţi într-o familie. Scala este un continuum ce reprezintă plaja funcţionării umane de la cel mai scăzut nivel de diferenţiere (un scor de 0) la cel mai înalt nivel (un scor ce vizează idealul de 100) (Walsh, 1980).

Scopurile terapiei boweniene de familie

Cel mai important scop al terapiei boweniene este îmbunătăţirea diferenţierii eului (Bowen, 1978). Cu o diferenţiere crescută, membrii individuali ai familiei sunt mai capabili să tolereze anxietatea şi să-şi acceseze funcţiile intelectuale. Reactivitatea emoţională scăzută şi funcţionarea intelectuală sporită sunt realizate prin atingerea altor scopuri ale tratamentului din acest model.

Bowen (1978, p. 291) afirmă că un scop în terapia de familie este „de a reduce nivelul anxietăţii, de a îmbunătăţi nivelul comunicării deschise responsabile în cadrul familiei şi de a reduce comunicarea iresponsabilă, subterană, a secretelor şi bârfele cu alţii".

Un alt scop al tratamentului este de a scădea separarea emoţională şi de a rezolva treburile neterminate cu familia de origine. În modelul bowenian, terapeuţii au scopuri pentru ei înşişi, care sunt cruciale pentru atingerea scopurilor familiei:

- Anxietate redusă în câmpul emoţional pentru a îmbunătăţi nivelul funcţional al diferenţierii eului şi pentru a reduce simptomele.
- Îmbunătăţirea nivelului de bază al diferenţierii pentru a creşte adaptabilitatea persoanei la câmpurile emoţionale intense.

Reducerea simptomului şi anxietatea scăzută pot apărea relativ rapid în tratament (de exemplu, de la câteva şedinţe până la câteva luni de tratament), însă îmbunătăţirea în nivelul de bază al diferenţierii este un proces pe termen lung, care poate dura mai mulţi ani.

Procesul terapeutic

O primă preocupare în procesul terapeutic (de tratament) este afirmată de Bowen astfel:

> Progresul în terapie depinde de abilitatea terapeutului de a se raporta plin de semnificaţie la familie, fără a deveni implicat emoţional în sistemul familial (1978, p. 312).

Bowen a stabilit cinci funcţii principale ale terapeutului în procesul de tratament cu familia (Papero, 1991, p. 61):

- Să definească şi să clarifice relaţia dintre soţi (să dezvolte şi să utilizeze genograma).
- Să păstreze eul în afara triunghiului sistemului emoţional al familiei.
- Să înveţe funcţionarea sistemului emoţional utilizând principiile modelului.
- Să demonstreze diferenţierea prin conducerea eului în cursul terapiei.
- Să rezolve separările.

Kerr şi Bowen (1988) sugerează utilizarea următoarelor întrebări în proces:

- Cine a iniţiat terapia?
- Care este simptomul şi care membru al familiei sau relaţie de familie este simptomatic(ă)?
- Care este sistemul relaţional imediat (asta înseamnă de obicei familia nucleară) al persoanei simptomatice?
- Care sunt patternurile funcţionării emoţionale în familia nucleară?
- Care este intensitatea procesului emoţional în familia nucleară?
- Ce influenţează această intensitate, o încărcătură excesivă de evenimente stresante sau un nivel redus de adaptabilitate?
- Care este natura sistemelor familiale extinse?
- Care este gradul separării emoţionale din cadrul fiecărui sistem familial extins?
- Care este prognoza?
- Care sunt direcţiile importante pentru terapie?

Dacă terapeutul rămâne în afara triunghiului şi familia este capabilă să interacţioneze într-o atmosferă de anxietate şi reactivitate scăzute, progresul va apărea.

Tehnicile terapeutice ale terapiei boweniene

Nu se poate afirma că ar exista anumite tehnici terapeutice specifice orientării boweniene, dar important este că terapeutul se concentrează asupra înţelegerii procesului emoţional

al familiei, în timp ce rămâne în afara triunghiurilor. Totuşi, anumite tehnici sunt frecvent angajate pentru desfăşurarea procesului terapeutic.

Una dintre ele, utilizată pentru a menţine anxietatea şi reactivitatea emoţională scăzute în timpul şedinţei, constă în a-i pune pe membrii familiei să vorbească terapeutului, în loc să vorbească direct unul cu altul.

O altă tehnică utilă este aceea a concentrării asupra proceselor intelectuale şi de gândire prin punerea frecventă a unor întrebări. Externalizarea gândirii membrilor familiei îi ajută pe aceştia să audă perspectiva fiecăruia.

Terapeutul de tip bowenian rămâne neutru emoţional şi evită să ia partea cuiva; de aceea, el rămâne în afara triunghiului sistemului emoţional familial. Terapeutul menţine neutralitatea emoţională în cadrul şedinţei şi prin utilizarea modelării atitudinii nonverbale, şi prin utilizarea adecvată a umorului. Aceasta conduce la reducerea fuziunii şi separării emoţionale în sistem. Când e cazul, este utilizată învăţarea didactică pentru a asigura un cadru cognitiv la care familia se poate raporta pentru a înţelege problemele şi procesul terapeutic. Intenţia este de a ajuta indivizii să-şi amplifice conştiinţa rolurilor lor în procesul sistemului familial.

Genogramele sunt utilizate pentru a organiza informaţiile referitoare la sistemul familial şi pentru a asigura un mijloc de a atrage familia în terapie. Genograma permite, de asemenea, atât terapeutului, cât şi familiei să examineze şi să înţeleagă familia în contextul ei intergeneraţional. De regulă, ea conţine o hartă a trei generaţii ale familiei-nucleu, cea care, de altfel, apelează la terapie. Fiecare tip de informaţie din genogramă este reprezentată grafic printr-o serie de simboluri, cum ar fi cele oferite mai jos:

Genograma oferă o imagine mai clară care îi poate ajuta pe membrii familiei să aibă o nouă perspectivă asupra patternurilor lor de comportament şi de relaţionare în contextul familiei extinse, şi nu doar o perspectivă limitată la un singur membru, cel simptomatic. În felul acesta, sentimentele de culpă, de jenă, de îngrijorare ale persoanei simptomatice tind să se reducă, sesizând că patternul său de reacţie la stres mai există şi la alţi membri ai familiei sale extinse, chiar dacă acesta poate lua o altă formă. Mai mult, acest pattern putea fi imitat inconştient de persoana simptomatică de la un alt membru simptomatic din familie, iar conştientizarea acestui fapt, *insight*-ul asupra acestei transmiteri transgeneraţionale, are efecte terapeutice incontestabile pentru întreaga familie şi mai ales asupra membrului simptomatic, al cărui proces de diferenţiere a sinelui deja a început.

Prin observarea în genograme a procesului de transmitere multigeneraţională a patternurilor de relaţionare, a rolurilor implicate de poziţia pe care fiecare membru o ocupă în sistemul familial (frate mai mare, copil unic etc.), a triunghiurilor, a procesului de proiecţie familială se parcurge de fapt o primă treaptă în procesul de diferenţiere a sinelui membrilor familiei şi în procesul de remodelare a relaţiilor şi modurilor de a face faţă anxietăţii. Astfel, Bowen încurajează clienţii săi să se cunoască mai întâi unii pe alţii aşa cum sunt şi să cunoască familia aşa cum este ea, înainte de a face vreo schimbare. Acest lucru este considerat de Bowen mai important decât restabilirea păcii şi armoniei familiei. Liniştea familiei va veni o dată cu modificarea relaţiilor dintre membrii familiei, iar aceasta nu poate avea loc decât dacă membrii familiei înţeleg ce se întâmplă, ce este în neregulă cu ei şi de ce. Deci, tehnicile boweniene, mai ales genograma, au rolul de a declanşa *insight*-uri. Aceasta înseamnă că orientarea bowenianã caută să schimbe familia prin schimbarea indivizilor care alcătuiesc familia respectivă.

Alte tehnici folosite de terapeuţii de orientare bowenianã sunt cele referitoare la încurajarea unor vizite, scrisori, telefoane, cu scopul de a reînnoi relaţiile abandonate (cauzate

de întreruperile emoţionale), sau încurajarea unor roluri diferite de cele avute până atunci de membrii familiei care vor permite diferenţieri ale membrilor unii de alţii, adică obţinerea unui grad de autonomie a indivizilor unii faţă de alţii. Acesta va duce la rândul său la eliberarea de simptome, la o mai bună adaptare şi integrare familială şi socială.

Deşi în terapia boweniană accentul cade mai degrabă pe individ sau pe cuplu, mai ales cel al părinţilor, chiar dacă familia vine pentru o problemă a copilului (transformând, astfel, „problema copilului" în „problema părinţilor"), totuşi există şi o terapie boweniană multiplă de familie, adică cu un grup de familii. Ea se foloseşte pentru a spori procesul de învăţare a familiei prin intermediul observării proceselor emoţionale ale altor familii din terapie. Familiile se întâlnesc într-un grup, iar terapeutul lucrează cu o familie o dată, în timp ce celelalte familii observă ce se întâmplă, obţinând *insight*-uri prin poziţia de martor.

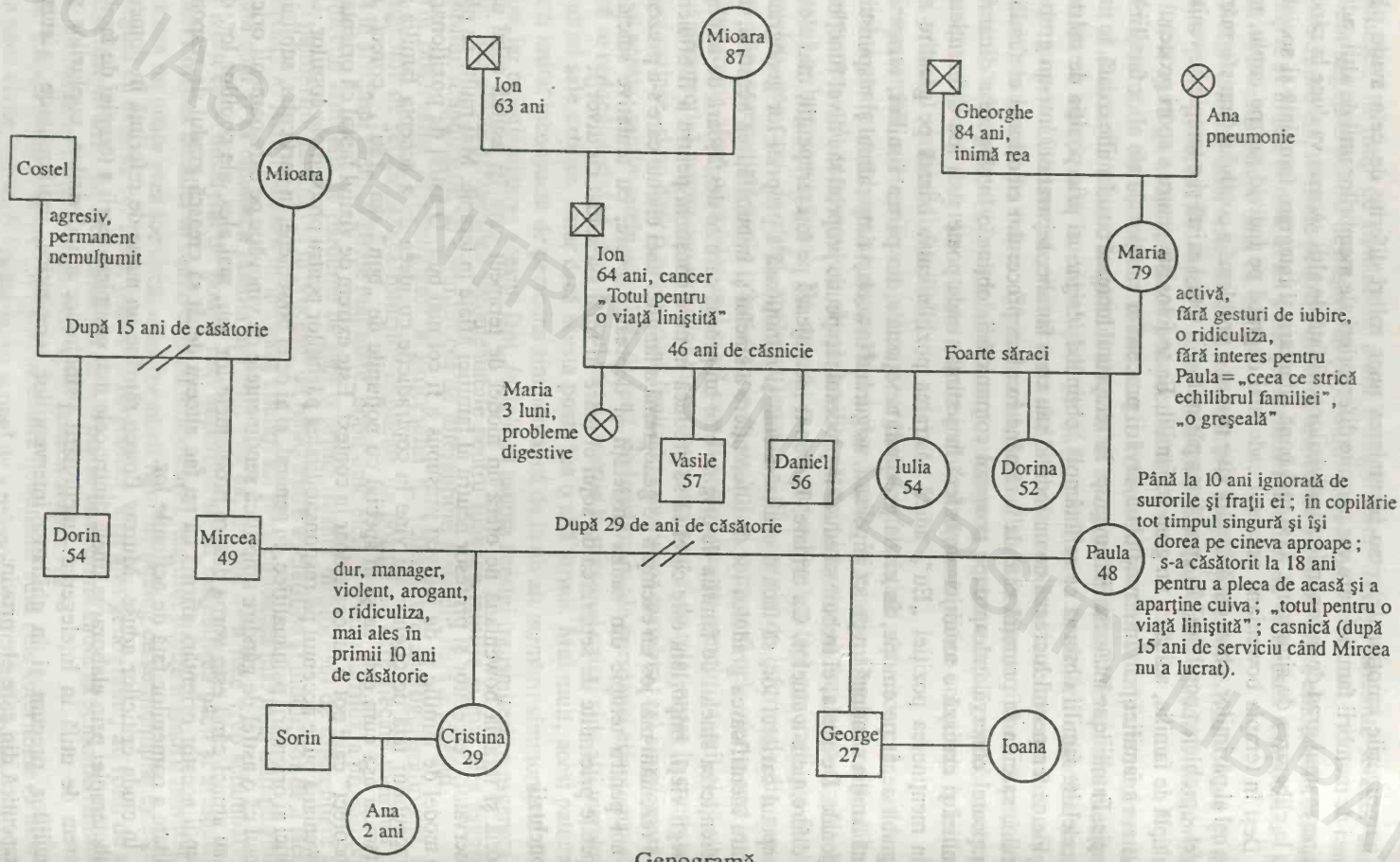
Fie că terapeutul lucrează cu un individ sau cu o familie, separat ori într-un grup de familii, sarcina sa primară este de a rămâne în afara procesului emoţional al familiei. Terapeutul observă îndeaproape procesul comunicării, obţine o înţelegere a dinamicii familiei şi creează o anumită atmosferă în şedinţă, unde poate avea loc diferenţierea. Prin menţinerea poziţiei „Eu", adică păstrarea poziţiei cuiva bazată pe gândire mai degrabă decât pe emoţie, în ciuda presiunii emoţionale din partea familiei, terapeutul ajută familia să atingă un punct important, asigurând în acelaşi timp calmul şi răspunsurile raţionale. De aceea, el trebuie să aducă în procesul terapeutic propriul său nivel funcţional de diferenţiere a sinelui. Ca urmare, Bowen îi încurajează pe toţi terapeuţii, mai ales la începutul carierei lor, să facă o analiză atentă şi minuţioasă a propriei lor genograme, pentru identificarea gradului lor de diferenţiere a sinelui şi îmbunătăţirea acestuia, deşi diferenţierea sinelui de familia de origine este un proces care se desfăşoară de-a lungul întregii vieţi. Important este ca el să se producă în mod conştient pentru a fi eficient.

Prezentăm mai jos un exemplu de genogramă a familiei unei cliente care s-a prezentat la noi pentru terapie din cauza anxietăţii şi depresiei severe, cu tentative suicidare repetate pricinuite de separarea de soţul ei (care în final s-a soldat cu divorţ).

Concluzii

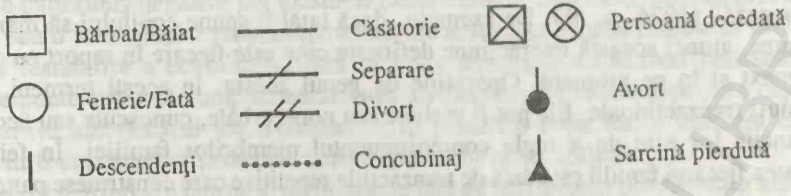
Teoria şi terapia boweniană ne oferă un model de terapeut care îşi asumă rolul unui observator, cercetător şi profesor neutru al familiei aflate în terapie. Mai mult, ne oferă un model de familie şi de indivizi presupus a fi cel mai bun. O astfel de poziţionare a terapeutului faţă de clienţii săi vine în contradicţie cu ideea de a accepta familia sau persoana aşa cum este ea şi în special cu noţiunile de „bun" sau „rău", „corect" sau „incorect" care pot fi judecate doar în context. Este extrem de vizibil faptul că orientarea boweniană pune accentul pe responsabilitatea părinţilor pentru problemele copiilor. Unii critici ai orientării psihanalitice, în general, şi ai celei boweniene, în particular, subliniază faptul că o astfel de gândire amplifică sentimentele de vinovăţie pe care oamenii oricum le au atunci când este vorba despre problemele lor sau, mai ales, ale copiilor lor, deşi adepţii acestor orientări afirmă că nu fac altceva decât să crească gradul de responsabilitate a oamenilor faţă de acţiunile lor.

În ciuda criticilor aduse, Murray Bowen rămâne un nume de referinţă în domeniul psihoterapiei prin elaborarea uneia dintre cele mai complete teorii a terapiei de familie, extrem de utilă în înţelegerea funcţionării psihologice a indivizilor, cuplurilor şi a familiilor, precum şi în ghidarea intervenţiilor terapeutice, indiferent de orientarea terapeutică din care ele provin.



Genogramă

BCU IASI CENTRUL UNIVERSITAR LIBRARY



V.4. Terapia structurală de familie

Terapia structurală reprezintă una dintre orientările de bază în terapia de familie. Ea este legată îndeosebi de numele lui Salvador Minuchin, un psihiatru născut şi format în Argentina, a cărui experienţă timpurie de viaţă a avut un rol foarte important în conturarea orientării structurale. A crescut într-o familie numeroasă, cu peste 200 de veri şi foarte mulţi prieteni de familie, ceea ce a dus la o bună înţelegere a importanţei contextului social în care funcţionează fiinţa umană. De asemenea, gândirea sa a mai fost influenţată şi de munca în Israel, cu familiile minoritare, cu cele având venituri reduse din New York şi cu familiile pacienţilor psihosomatici.

Abordarea structuralistă a primit influenţe semnificative din partea concepţiei lui Alfred Adler, cum ar fi, de exemplu, ideile de constelaţie familială, natura pozitivă a omului, abilitatea oamenilor de a se schimba, dar şi din partea filosofiei lui Ortega y Gasset, care subliniază interacţiunea indivizilor cu mediul lor înconjurător. De asemenea, Minuchin a preluat şi o parte din ideile gândirii sistemice a antropologului Gregory Bateson.

Dar ceea ce a contat în primul rând la dezvoltarea acestei orientări mult mai pragmatice, mai directive şi orientate spre problemă a fost experienţa variată a lui Minuchin (multe tipuri de familii aparţinând diferitelor zone ale societăţii şi ale lumii) şi frustrarea sa faţă de terapia psihanalitică. Astfel, structuralismul îşi orientează atenţia pe prezent şi pe viitor, nu pe trecut, drept care intervenţia terapeutică se face „aici şi acum". Pe de altă parte, deşi factorii ereditari nu sunt excluşi, factorii sociali sunt cei care sunt puşi în prim-plan, deci oamenii sunt văzuţi ca fiinţe sociale şi abordaţi într-o manieră holistică.

Ideea aparţinând şcolii sistemice vizând cauzalitatea reciprocă dintre comportamentul individului şi sistemul său social este preluată în orientarea structuralistă, însă se pune mai mare accent pe proces, şi nu pe conţinut. De exemplu, este mai important cum se comunică decât ce anume se comunică.

Scopul declarat al terapiei structurale de familie este de a rezolva problemele apărute în familie şi de a schimba structura sistemică de bază a acesteia. Se poate sesiza din cele spuse că structuralismul are o concepţie bine delimitată cu privire la „normal" şi „patologic" în familie, iar conceptul de bază este, aşa cum reiese şi din denumirea orientării, cel de *structură*.

Minuchin defineşte structura familială ca fiind „setul invizibil de cerinţe funcţionale ce organizează modurile în care membrii familiei interacţionează" (1974, p. 51). Tot el continuă: „O familie este un sistem ce operează prin intermediul patternurilor tranzacţionale.

Tranzacţiile repetate stabilesc patternuri legate de cum, când şi cine cu cine se relaţionează" (1974, p. 51). De exemplu, dacă tatăl îi spune copilului să mănânce şi el se supune, atunci această interacţiune defineşte cine este fiecare în raport cu celălalt, în ce context şi în ce moment. Operaţiile de genul acesta, în aceşti termeni, formează patternuri tranzacţionale. Ele pot fi verbale sau non-verbale, cunoscute sau necunoscute, dar funcţia lor este de a regla comportamentul membrilor familiei. În felul acesta, unicitatea fiecărei familii este dată de tranzacţiile repetitive care construiesc patternurile de funcţionare a respectivei familii.

Aceste patternuri sunt menţinute prin două tipuri de constrângeri:

- unul generic, referitor la regulile universale care guvernează organizarea familiei. De exemplu, există în cadrul familiei o ierarhie a puterii şi o complementaritate a funcţiilor (copiii nu au aceleaşi niveluri de autoritate ca părinţii, iar aceştia din urmă au nevoie de o interdependenţă pentru a acţiona ca o echipă);
- unul idiosincratic, referitor la expectaţiile reciproce ale unor membri particulari ai familiei. Aceste expectaţii se construiesc în timpul numeroaselor negocieri, implicite sau explicite, dintre membrii familiei şi de regulă apar în mici evenimente zilnice. Fiecare dintre membrii familiei contribuie la dezvoltarea şi întărirea acestor aşteptări.

În felul acesta, sistemul familial se menţine singur. Minuchin consideră că structura familială are nevoie de flexibilitate, deoarece ea trebuie să reziste la schimbare (până la un anumit nivel), dar şi să se adapteze atunci când circumstanţele o cer, pentru a-şi putea menţine integralitatea şi funcţionalitatea. Acest lucru se realizează prin intermediul subsistemelor familiale.

Subsistemele familiale sunt reprezentate fie de indivizii singuri, fie de diade (de exemplu, mamă-copil, soţ-soţie). Ele se pot forma după criterii precum: generaţia căreia membrii îi aparţin, sex, interese, funcţii. Cele mai importante şi mai des întâlnite subsisteme familiale sunt:

1. Subsistemul adulţilor – uneori acesta este denumit şi subsistemul marital sau al soţilor, deoarece include de regulă diada soţilor. Rolul preponderent este cel de a modela intimitatea şi angajamentul. Principalele abilităţi necesare pentru a-şi îndeplini acest rol sunt complementaritatea şi acomodarea reciprocă. Complementaritatea permite fiecărui soţ să participe la viaţa familială, să „ofere", fără a considera că prin asta „pierde" ceva. Adică, ambii soţi simt că pot fi independenţi, dar în acelaşi timp şi că sunt împreună. Dificultăţile de relaţionare pot apărea, de exemplu, atunci când unul dintre soţi insistă în urmărirea propriilor scopuri, lăsând în urmă scopurile diadei maritale ca întreg.

Minuchin arată că acest subsistem poate deveni „un refugiu faţă de stresul extern şi o matrice pentru contactul cu alte sisteme sociale. El poate stimula învăţarea, creativitatea şi creşterea" (1974, p. 56). Aceasta poate duce, după Minuchin, la acomodarea reciprocă, adică la susţinerea aspectelor pozitive ale partenerului şi la actualizarea aspectelor creative ale acestuia, aspecte ce erau inactive până atunci. Din păcate, de multe ori, partenerii îşi activează unul altuia aspectele negative sau insistă pe îmbunătăţirea unor calităţi ale celuilalt. Dar asta nu face altceva decât să blocheze relaţionarea dintre ei. De exemplu, se poate ajunge la patternul tranzacţional dependent-protector, în care membrul dependent rămâne dependent pentru a proteja sentimentul de protector al partenerului.

Astfel de patternuri negative pot exista în fiecare cuplu, fără ca aceasta să presupună o patologie sau o rea-voinţă a vreunui partener. De aceea, terapeutul trebuie să provoace procesul de restabilire a echilibrului fără să atace motivaţia respectivei persoane. De exemplu, se poate sublinia complementaritatea sistemului, îmbinând aspectele negative cu cele pozitive ale fiecărui soţ, spunând: „Îţi protejezi soţia într-o manieră care o inhibă, iar tu îi ceri această protecţie non-necesară cu mare abilitate".

Subsistemul marital are nevoie şi de protecţie faţă de cerinţele şi nevoile altor sisteme, mai ales în situaţia cuplurilor cu copii, pentru a-şi oferi unul altuia suport emoţional. Pentru asta, graniţele dintre subsistemele clare, adică, în termeni simpli, copiii sau membrii familiei extinse, nu trebuie să interfereze cu cuplul marital, ci doar cu cel parental (descris mai jos).

2. Subsistemul parental apare atunci când se naşte primul copil şi, de regulă, cuprinde părinţii, dar poate include şi membri ai familiei extinse (de exemplu, bunica). Responsabilitatea lor este mai ales de a creşte copiii, de a-i ghida, de a stabili limitele şi a-i disciplina. Acum apar de multe ori dificultăţi, deoarece adulţii devin în acelaşi timp partener pentru celălalt membru al diadei maritale, dar şi părinte pentru copil şi nu întotdeauna aceste două tipuri de funcţii sunt eficient întrepătrunse. Aceasta poate duce la destabilizarea subsistemului marital prin atragerea unui copil în interiorul acestui subsistem sau la izolarea copilului de către cuplul marital (mai rar). Evident că orice influenţă exterioară asupra copilului sau modificare în evoluţia lui va avea efecte şi asupra acestui subsistem, chiar şi asupra celui marital.

Minuchin subliniază că a fi părinte reprezintă un proces extrem de dificil. Odinioară exista un model patriarhal, în care părinţii reprezentau o autoritate care nu mai permitea nici un fel de întrebare; se accepta şi atât. Acum însă, s-a ajuns la un model ce presupune ca părinţii să înţeleagă nevoile de dezvoltare ale copiilor şi să le explice regulile pe care le impun, de unde şi dificultatea de a fi părinte. Nimeni nu poate să facă acest lucru aşa cum îşi doreşte şi nimeni nu trece prin acest proces fără a fi rănit. Cu atât mai mult astăzi, în această societate aflată în permanentă şi rapidă dezvoltare, în care conflictele dintre generaţii apar la intervale tot mai mici. Ca urmare, sarcina părinţilor devine tot mai dificilă.

De aceea, este necesar ca terapeutul să înţeleagă complexitatea acestui proces parental pentru a putea evalua părinţii care ajung la el în cabinet. Părinţii nu pot proteja şi ghida fără să exercite şi un anumit control sau cel puţin o restricţionare. Pe de altă parte, copiii nu pot creşte şi nu se pot individualiza fără să respingă sau să atace. Deci, o familie „normală" implică şi conflicte; familia „ideală" nu este aşa cum unii părinţi, copii sau chiar terapeuţi o descriu, adică o familie în care toată lumea este egală cu toată lumea. Minuchin subliniază că „funcţionarea eficientă cere ca părinţii şi copiii să accepte că folosirea diferenţiată a autorităţii este un ingredient necesar pentru subsistemul parental. Acesta devine astfel un laborator de învăţare socială de care copiii au nevoie pentru a învăţa să negocieze în situaţii în care puterea este distribuită inegal" (1974, p. 58). De aceea, rolul terapeutului atunci când există conflicte între copii şi părinţi este mai ales acela de a ajuta subsistemele să negocieze şi să se adapteze unele la altele.

3. Subsistemul fratriilor – de regulă include copiii din familie şi le oferă acestora primul grup social în care sunt cu toţii egali. În acest subsistem, copiii învaţă negocierea, cooperarea, competiţia, submisivitatea, suportul reciproc, ataşamentul faţă de prieteni. Ei preiau diferite poziţii şi roluri în familie, iar de multe ori acestea devin semnificative pentru evoluţia lor ulterioară în viaţă. În familiile cu mulţi copii există o diferenţiere a

rolurilor şi mai accentuată, cel mic încă acţionând în aria securităţii, îngrijirii şi a ghidării, timp în care cel mare deja experimentează contactele şi contractele cu mediul extrafamilial.

Minuchin arată că „un terapeut ar trebui să cunoască nevoile de dezvoltare ale unui copil şi să fie capabil să susţină drepturile copilului la autonomie fără să minimalizeze drepturile părinţilor. Graniţele subsistemului fratriilor ar trebui să-i protejeze pe copii de interferenţa adulţilor, astfel încât ei să-şi exercite dreptul la intimitate, să aibă propriile arii de interes şi să se simtă liberi să fie neîndemânatici atunci când explorează" (1974, p. 59). Uneori, sarcina terapeutului este de a traduce adulţilor caracteristicile lumii copiilor şi invers.

După cum se poate trage concluzia din cele spuse mai sus, fiecare subsistem are nevoie de graniţe clare, dar flexibile pentru a se proteja de cerinţele şi nevoile celorlalte subsisteme, dar şi pentru a fi capabil să negocieze şi să interacţioneze cu acestea. De aceea, Minuchin insistă mult pe conceptul de „graniţă", acesta fiind un alt concept fundamental al orientării structuraliste.

Graniţele subsistemelor reprezintă „regulile care definesc cine participă şi cum" (Minuchin, 1974, p. 53). De exemplu, graniţa subsistemului parental se stabileşte dacă o mamă îi spune copilului: „Tu nu eşti părintele fratelui tău. Dacă el se joacă cu chibriturile, spune-mi mie şi am să îl opresc eu". Subsistemul parental poate să cuprindă şi un copil parental, ca în exemplul următor, când mama va spune: „Până mă întorc de la cumpărături, Ana are grijă de voi". Deci, rolul graniţelor este de a proteja diferenţierea subsistemelor. Fiecare dintre acestea are funcţii specifice şi anumite cerinţe de la membrii săi; dezvoltarea abilităţilor interpersonale în interiorul acestor subsisteme se repercutează asupra libertăţii subsistemului respectiv faţă de celelalte. De exemplu, capacitatea soţilor de a stabili complementaritatea funcţiilor lor necesită libertate faţă de socri şi copii, iar uneori chiar şi faţă de rude. Iar dezvoltarea abilităţilor de a negocia cu ceilalţi, care se învaţă între fraţi, necesită neimplicarea părinţilor.

Natura graniţelor va avea un puternic impact asupra funcţionării fiecărui subsistem, dar şi al familiei ca întreg. Minuchin descrie trei tipuri de graniţe care se întind pe un continuum de la foarte rigide la foarte difuze:

- Graniţe rigide – sunt cele care permit o interacţiune şi o comunicare minimală între subsisteme. Indivizii pot fi izolaţi sau forţaţi să funcţioneze autonom. Ele permit membrilor maximum de independenţă şi o interacţiune minimă cu ceilalţi membri. Subsistemele (adică indivizii sau diadele) pot deveni astfel separate de restul familiei. De exemplu, un tată paralizat se poate separa cu timpul de ceilalţi membri, prin neparticiparea sa la deciziile ce privesc parentalitatea; de asemenea, o mamă depresivă care nu se mai implică în educaţia copiilor ei.
- Graniţe clare – se află exact la mijlocul continuumului dintre rigid şi difuz; sunt cele care promovează comunicarea deschisă şi intimitatea subsistemelor, astfel încât acestea pot opera liber pentru împlinirea funcţiilor lor în cadrul familiei.
- Graniţe difuze – sunt caracterizate prin definirea vagă a funcţiilor şi a membrilor care fac parte din subsisteme. Ele permit o intimitate minimă şi o interacţiune maximă. Nu este clar cine are responsabilitatea şi autoritatea, iar membrii familiei pot fi mult influenţaţi unul de celălalt. În alţi termeni, relaţiile dintre membri sunt suprapuse. De exemplu, într-o familie cu un singur copil, fată, graniţa dintre mamă şi fată poate deveni difuză, astfel încât relaţia dintre ele va fi descrisă ca „strânsă", ceea ce înseamnă că ambele ştiu foarte multe una despre cealaltă şi tot ce se întâmplă cu una va avea efect asupra celeilalte; astfel, tatăl poate ajunge să ocupe o poziţie periferică în familie.

Claritatea graniţelor din familie reprezintă un parametru util pentru evaluarea funcţionalităţii familiei. Nu trebuie însă exagerat în ceea ce priveşte graniţele rigide sau difuze, deoarece ele se referă la stilul tranzacţional sau la un tip preferat, caracteristic familiei, pentru interacţiune, şi nu la o diferenţă calitativă între funcţional şi disfuncţional. Deci, dacă întâlnim într-o familie graniţe difuze sau rigide, nu se poate concluziona că acea familie este disfuncţională. Majoritatea familiilor au subsisteme separate şi subsisteme suprapuse. De asemenea, depinde de etapa de evoluţie a familiei. În familiile cu copii mici, subsistemul mamă-copii tinde spre suprapunere, iar tatăl tinde spre separare în relaţia cu copiii mici, dar mai târziu el poate ajunge la suprapunere cu copiii mai mari. Când copiii au crescut şi mai mult şi încep să se separe de nucleul familial, subsistemul părinţi – copii tinde spre separare.

Totuşi, extremele sugerează un anumit grad de patologie familială. Un subsistem cu un grad ridicat de suprapunere între mamă şi copii şi cu un tată foarte separat are ca efect subminarea independenţei copiilor, ceea ce poate duce la apariţia anumitor simptome la copii, de exemplu, anorexie, lipsa iniţiativelor, atacuri de panică, simptome psihosomatice etc. La fel, un grad crescut de separare între membrii familiei poate duce la un sentiment puternic de independenţă, dar nu stimulează manifestarea sentimentelor de loialitate şi apartenenţă, a celor de ajutor interpersonal şi suport emoţional atunci când acesta este necesar. De aici pot apărea comportamente simptomatice precum violenţă, depresii, dar şi multe tipuri de simptome psihosomatice.

Acest lucru este posibil deoarece o familie cu o slabă diferenţiere între subsistemele sale descurajează explorarea autonomă şi rezolvarea problemelor. De exemplu, cele dinspre polul rigidităţii, al separării tolerează o mare varietate de comportamente ale membrilor săi, iar stresul unui membru al familiei nu trece de graniţa rigidă, deoarece numai un nivel foarte crescut de stres va ajunge şi la ceilalţi membri ai familiei. Deci, alţi membri nu vor fi influenţaţi de stres, ceea ce poate duce la apariţia unui simptom în membrul separat, fără ca rezolvarea simptomului să poată fi facilitată de ajutorul celorlalţi membri. La capătul opus, la polul graniţelor difuze, al subsistemelor suprapuse, dimpotrivă, comportamentul unui membru îi afectează puternic şi imediat pe ceilalţi membri, iar tensiunea psihologică, stresul care acţionează asupra unui individ, va reverbera puternic prin graniţele difuze şi va afecta celelalte subsisteme. De aceea, este probabil ca îndepărtarea sursei de stres să nu mai poată fi posibilă, deoarece toţi membrii vor fi afectaţi, ceea ce poate duce la scăderea capacităţii de a găsi soluţii eficiente.

Iată câteva exemple pentru clarificare. De pildă, părinţii dintr-o familie cu graniţe difuze se pot supăra extrem de mult în cazul în care copilul nu mănâncă fructe. Părinţii dintr-o familie cu graniţe rigide pot rămâne indiferenţi faţă de frica pe care învăţătoarea o inspiră copilului. Sau, supărarea mamei cauzată de unele certuri cu soţul poate influenţa apariţia unor simptome depresive la fiica sa cu care se află într-o relaţie suprapusă. Sau, relaţia strânsă dintre soţie şi mama ei, care mai are grijă şi de copii, poate duce la separarea soţului de copii şi soţie provocând, de exemplu, migrene care semnalează nevoia acestuia de a fi inclus în sistemul familial. Un alt exemplu este cel al unei familii în care unul dintre soţi preia singur toată responsabilitatea şi autoritatea privind viaţa de familie, iar celălalt este marginalizat. Din această cauză, se pot ivi simptome ca abuz de alcool, de ţigări, relaţii extraconjugale etc.

Astfel, rolul terapeutului este cel de a modela graniţele, de a le clarifica pe cele difuze şi de a le deschide pe cele rigide. Evaluarea pe care el o face asupra subsistemelor

familiei şi a graniţelor oferă un diagnostic rapid al tabloului familial, ceea ce va direcţiona intervenţiile terapeutice.

Am menţionat mai devreme ideea de stres care afectează pe unul dintre membrii familiei sau care poate afecta întreaga familie. Important este pentru terapeutul structuralist cum se adaptează familia la stres, cum reacţionează ea şi fiecare dintre membrii săi la situaţiile tensionate. Una dintre funcţiile familiei este de a-şi susţine membrii. Atunci când unul dintre ei este tensionat, ceilalţi membri simt nevoia să se adapteze acestei schimbări, deoarece, în general vorbind, ei urmăresc păstrarea integrităţii structurii sale, adică homeostazia. Situaţiile tensionate pot avea cauze diferite, fie în interiorul sistemului familial, cum ar fi schimbările datorate dezvoltării membrilor ei sau a unor noi subsisteme (apariţia unui copil, trecerea la perioada adolescenţei etc.), fie în afara lui, de exemplu, cerinţele de acomodare la instituţii sociale semnificative pentru unii membri ai familiei (intrarea copilului în şcoală, schimbarea locuinţei sau a locului de muncă al unuia dintre părinţi etc.). Minuchin consideră că există patru surse de stres pentru sistemul familial:

- Contactul stresant al unui membru al familiei cu forţe extrafamiliale. De exemplu, dacă unul dintre soţi este stresat din cauza problemelor de la serviciu, el poate începe să îşi critice partenerul sau chiar să deturneze conflictul spre copii, atacându-i şi pe aceştia, cu sau fără motiv. Acest fapt poate duce la izolarea membrului tensionat prin alianţa celuilalt membru cu copiii, ca reacţie de apărare faţă de stres. Sau, dacă un copil are dificultăţi de integrare în mediul şcolar, e posibil ca părinţii să reacţioneze diferit (mama poate exagera problema, în timp ce tatăl o poate minimaliza), ceea ce face ca graniţa în subsistemul marital să se rigidizeze.
- Contactul stresant al întregii familii cu forţe extrafamiliale. Un sistem familial poate fi puternic afectat de efectele unei recesiuni economice, de mutarea într-un alt oraş sau într-o altă ţară etc., mecanismele de rezistenţă ale familiei fiind ameninţate semnificativ de sărăcie sau de discriminare (de exemplu, ce s-a întâmplat la noi în perioada comunistă, dar şi după, când întregul sistem economic s-a schimbat, fapt ce a determinat apariţia a numeroase disfuncţionalităţi în multe familii).
- Stresul în perioadele de tranziţie din familie. Există multe faze în evoluţia naturală a unei familii, iar ele necesită o negociere a unor noi reguli, ceea ce în mod inevitabil duce la conflicte. Acestea oferă membrilor familiei, dar şi familiei ca întreg, ocazii pentru o nouă creştere. Dacă aceste conflicte nu se rezolvă, ele duc în timp la alte dificultăţi. Exemplul clasic este cel al tranziţiei copilului spre adolescenţă. Adolescenţa presupune multe contacte ale copilului cu lumea extrafamilială, iar statusul lui în aceasta se schimbă. Relaţia sa cu părinţii se modifică, el având acum nevoie de mai multă autonomie şi responsabilitate. Tranzacţiile subsistemului parental cu adolescentul vor trebui schimbate de la părinţi-copil la părinţi-adulţi tineri. Astfel, rezultatul va fi o adaptare reuşită. Totuşi, în unele cazuri, mama, de exemplu, poate rezista schimbărilor relaţiei ei cu fiul/fiica adolescentă, deoarece asta ar presupune schimbări în relaţia ei cu soţul. Astfel, în loc să îşi modifice atitudinea, ea poate să atace adolescentul şi să-i submineze autoritatea. Dacă tatăl intră în conflict de partea copilului, se formează o coaliţie trans-generaţională nepotrivită, care se poate generaliza până când toată familia se află în conflict. Dacă nu se produc schimbările adaptative, vor apărea seturi disfuncţionale ce se vor activa ori de câte ori vor exista conflicte. La fel se poate

întâmpla în cazul apariţiei de noi membri în familie, prin naşterea sau înfierea unui copil, mariajul părintelui unic, includerea unei nurori sau a unui ginere, a unei rude sau a unui prieten etc. Multe familii care apelează la serviciile terapeutului se află într-una dintre aceste situaţii.

- Stresul cauzat de o problemă idiosincratică. Un exemplu de astfel de situaţie este prezenţa unui membru bolnav cronic sau retardat. Situaţiile acestea pot fi şi trecătoare, cum ar fi cazul unei familii în care un membru este pentru un anumit timp handicapat fizic din pricina unui accident. Aceste probleme idiosincratice pot supraîncărca familia, resursele şi mecanismele ei de rezistenţă, deoarece funcţiile membrului respectiv trebuie preluate de alţi membri ai familiei. Este posibil, de asemenea, ca într-o anumită fază de evoluţie a familiei şi a problemei cu care se confruntă să existe adaptare, dar mai târziu adaptarea să fie îngreunată de intrarea într-o altă fază de evoluţie. De exemplu, o familie cu un copil autist se poate adapta în perioada în care acesta este mic, dar poate să fie depăşită de dificultăţi atunci când acesta este mai mare.

Merită, credem, să insistăm puţin şi asupra stadiilor prin care o familie trece în evoluţia ei. Scopul familiei de-a lungul evoluţiei sale este acela de a îmbina diversitatea creşterii individuale cu unitatea sistemului familial. Minuchin identifică patru stadii de dezvoltare care apar în majoritatea familiilor:

- Constituirea cuplului. Diada maritală formează un sistem funcţional prin negocierea graniţelor (de exemplu, interacţiunea cu socrii), reconciliind stilurile de viaţă diferite şi dezvoltând reguli referitoare la conflict şi cooperare.
- Copiii mici. Sistemul marital se reorganizează atunci când apar copiii pentru a se adapta cerinţelor cerute de parentalitate.
- Copiii şcolari şi adolescenţi. Familia interacţionează acum şi cu sistemul şcolar. Pe măsură ce copiii devin adolescenţi, familia trebuie să se adapteze la probleme ca influenţa prietenilor, pierderea parţială a controlului parental, emanciparea copiilor etc.
- Copiii mari. Aceştia devin deja adulţi, astfel că relaţiile dintre părinţi şi copii trebuie modificate pentru a deveni relaţii de tip adult-adult.

În felul acesta, familia este percepută ca un sistem deschis, viu, cu multiple influenţe din partea mediului şi diferite tipuri de interacţiuni cu acesta. Sistemul familial nu rămâne, astfel, niciodată acelaşi; el se schimbă de la un moment la altul, ceea ce necesită din partea terapeutului o bună evaluare a momentului în care familia cere ajutor, a structurii prezente a acesteia şi a modului cum s-a adaptat ea la modificările apărute.

Diagnoza familială

După cum se observă, terapia structurală oferă un model al familiei „sănătoase", numită „funcţională", care se caracterizează prin tranzacţii ce satisfac nevoile fiecărui membru al familiei, dar şi ale familiei ca întreg şi dispune deci de o structură adaptabilă şi bine definită. Spre deosebire de aceasta, familia „disfuncţională" este aceea în care stresul perturbă procesul de împlinire a nevoilor membrilor familiei. În loc să se modifice structura familială pentru a face faţă stresului, familia se rigidizează în structura ineficientă preexistentă; graniţele acesteia devin din ce în ce mai rigide sau, dimpotrivă, mai difuze, se creează ierarhii neadaptative între membrii familiei, iar funcţionarea subsistemelor

familiale poate fi subminată de existenţa unor coaliţii trans-generaţionale. Pe scurt, aşa cum arată Walsh şi McGrow în *Essentials of Family Therapy* (1996, p. 47), există patru elemente de patologie care pot fi urmărite în cadrul unei familii atunci când evaluăm gradul ei de funcţionalitate:

- patologia graniţelor – se referă la graniţele din sistemul familial care pot fi ori prea rigide (subsisteme separate), ori prea difuze (subsisteme suprapuse), ceea ce perturbă transmisia adaptativă de informaţii între subsisteme;
- patologia alianţelor – se referă la relaţiile intrafamiliale care pot să nu aibă un interes comun. Astfel, există două tipuri de patologie a alianţelor: deturnarea conflictului sau „găsirea ţapului ispăşitor" (de exemplu, atunci când familia reduce tensiunea prin acuzarea unui singur membru al familiei) şi coaliţiile trans-generaţionale neadaptative (de exemplu, mama se asociază cu mama ei, bunica, împotriva tatălui);
- patologia triadelor – se referă la aranjamentele familiale instabile ce se pot forma, în care doi membri ai familiei se coalizează împotriva unui al treilea membru (de exemplu, tatăl şi fiul împotriva mamei);
- patologia ierarhiei – se referă la ierarhia decizională a părinţilor care poate fi înlocuită de un aranjament familial alternativ (de exemplu, copiii pot avea mai multă putere decizională).

Astfel, este necesar ca terapeutul să identifice ce tip de patologie există în cadrul familiei pe care o are în cabinet. El trebuie să observe cu atenţie interacţiunile familiale şi să dezvolte permanent ipoteze de lucru despre structura familiei respective. Aceste ipoteze de lucru vor fi ulterior utile pentru a ghida intervenţiile terapeutice care urmăresc să modifice structura familială. Este deci necesar să se ajungă la ceea ce Minuchin denumeşte „diagnoză structurală", adică un proces continuu, evolutiv, bazat pe informaţii provenite din şase arii majore:

- structura familiei, incluzând patternurile tranzacţionale utilizate, dar şi pe cele alternative disponibile;
- flexibilitatea sistemului familial, capacitatea lui de a se modifica şi restructura;
- rezonanţa sistemului familial, reflectând senzitivitatea lui la nevoile fiecărui membru;
- contextul vieţii de familie, factorii de stres actuali şi suportul pe care îl are/nu îl are familia;
- stadiul de dezvoltare în care se află familia şi eficienţa ei în rezolvarea sarcinilor specifice acestui stadiu;
- simptomele identificate ale clientului (un membru al familiei) şi maniera în care ele sunt folosite pentru a menţine tranzacţiile familiale.

Informaţiile obţinute se pot exprima ulterior grafic, ajungându-se la hărţile terapeutice, al căror rol este de a facilita procesul de generare a ipotezelor de lucru, de identificare a tehnicilor terapeutice restructurante şi de stabilire a scopurilor terapeutice de scurtă şi lungă durată. De asemenea, redesenarea hărţii terapeutice, pe măsură ce procesul terapeutic se desfăşoară, permite identificarea modificărilor survenite (adică o evaluare continuă), iar acestea pot fi oferite drept feedback familiei la momentele potrivite.

Procesul terapeutic şi tehnicile de intervenţie

Minuchin percepe terapia ca pe o schimbare structurală ce modifică funcţionarea familiei cu scopul de a rezolva mai eficient diferitele sarcini pe care le are. Important este ca

terapeutul să declanşeze acest proces, deoarece el va fi menţinut de mecanismele proprii de reglare ale familiei. Dar, din moment ce familia reprezintă un sistem dinamic, evolutiv, paşii procesului terapeutic pot fi reluaţi şi refolosiţi sub o altă formă în diferite etape ale procesului terapeutic. Minuchin (1974) identifică trei faze în terapia structurală:

1. Însoţirea familiei sau acomodarea cu familia, în care terapeutul se familiarizează cu stilul comunicaţional al familiei, cu percepţiile membrilor familiei şi arată respect faţă de fiecare membru şi faţă de modul de organizare a familiei. Scopul în această etapă este de a stabili o relaţie terapeutică eficientă, adică una de încredere reciprocă, mai ales că din momentul în care terapeutul îşi asumă rolul de lider, el trebuie să fie acceptat ca atare de către familie. Pentru aceasta, pot fi folosite următoarele tehnici (Walsh, McGrow, 1996):
   - menţinerea – reprezintă susţinerea comportamentelor specifice sau a verbalizărilor pentru a creşte independenţa şi puterea indivizilor, a subsistemelor sau alianţelor;
   - clarificarea – se referă la clarificarea, amplificarea şi aprobarea comunicării familiei pentru a spori încrederea membrilor, dar şi a subsistemelor familiale;
   - mimarea – presupune adoptarea stilului de comunicare a familiei şi conformarea la nuanţele afective ale acestei comunicări.
2. Diagnoza structurală, care, aşa cum am mai menţionat, are loc de-a lungul întregului proces terapeutic; ea implică observarea tranzacţiilor familiale, formularea, testarea şi reformularea ipotezelor de lucru. Scopul acestei faze este acela de a oferi un cadru informaţional relevant pentru problema pentru care familia s-a prezentat la terapie. În această fază, se construiesc de obicei şi hărţile terapeutice.
3. Restructurarea familială, în care intervenţia terapeutică este orientată (şi astfel se conturează şi indicatorul pentru terminarea terapiei) spre dezvoltarea unei structuri care să permită familiei să găsească soluţii potrivite la evenimentele stresante viitoare. Tehnicile folosite în această etapă provoacă şi dezechilibrează sistemul familial, creând ocazii care forţează familia să găsească soluţii noi la problemele cu care se confruntă.

Aceste tehnici sunt (Minuchin, Fishman, 1981; Walsh, McGrow, 1996):

- Punerea în practică a interacţiunilor ce au loc în familie. Presupune ca membrii familiei să recreeze interacţiunile lor, fie cele direct referitoare la problema care i-a adus la terapeut, fie referitoare la situaţii relativ neutre (de exemplu, planificarea concediului). Astfel, se evaluează şi se restructurează sistemul familial.
- Actualizarea patternurilor tranzacţionale ale familiei. Această tehnică se referă la simularea cât mai naturală a interacţiunilor dintre membri, pentru ca terapeutul să observe tranzacţiile tipice, prin refuzul terapeutului de a răspunde la întrebări sau prin provocarea şi direcţionarea familiei spre a purta o conversaţie.
- Sublinierea graniţelor. Ea presupune întărirea graniţelor difuze şi permeabilizarea graniţelor rigide pentru a stimula interacţiunea sănătoasă dintre subsisteme. Pentru a atinge acest scop, terapeutul asistă familia când aceasta stabileşte noi seturi de reguli, când le renegociază pe cele vechi şi/sau când stabileşte funcţii specifice pentru fiecare membru/subsistem al familiei.
- Dezechilibrarea ierarhiilor. Presupune modificarea relaţiilor de putere din cadrul familiei, pentru a se ajunge la ierarhia cea mai adecvată, adică aceea în care părinţii reprezintă autoritatea.
- Intensitatea. Vizează captarea atenţiei familiei prin modularea mijloacelor de comunicare: tonul vocii, ritmul, pauzele, repetarea, cuvintele folosite, pentru ca

terapeutul să fie sigur că familia a receptat mesajul despre ce se întâmplă şi care creează premisele pentru schimbare.

- Escaladarea stresului. Se referă la stimularea tensiunii în familie pentru a o forţa să accepte restructurarea şi se poate realiza prin încurajarea conflictului atunci când acesta se manifestă, prin trecerea de partea unei anumite alianţe împotriva altor membri ai familiei sau prin blocarea patternurilor tranzacţionale disfuncţionale care servesc la eliminarea stresului din sistemul familial.
- Stabilirea unor sarcini. Sarcinile pot fi date indivizilor sau subsistemelor pentru a fi îndeplinite în cadrul şedinţei sau acasă. De exemplu, pentru întărirea graniţelor difuze dintre mamă şi fiică şi permeabilizarea celei dintre soţi, se poate da ca temă ca părinţii să îşi petreacă sfârşitul de săptămână împreună, iar fiica să şi-l petreacă cu prietenii.
- Formarea competenţei. Vizează dezvoltarea alternativelor pozitive, funcţionale pe care membrii familiei deja le posedă, dar care nu sunt activate. De exemplu, terapeutul poate lăuda oricare membru al familiei atunci când acesta rezolvă o sarcină corect sau când îşi activează resursele şi mecanismele adaptative.
- Utilizarea simptomului. Această tehnică presupune accentuarea, încurajarea sau redenumirea simptomului. Drept exemplu, iată câteva redenumiri ce apar frecvent în terapia structurală: „depresia" este numită „lene", „enurezisul" devine „comportament de bebeluş", „anorexia" este „nesupunere" etc. Cu ajutorul ei, se pot elimina şi beneficiile secundare inerente, de altfel, în orice simptomatologie.
- Utilizarea paradoxului. Este foarte utilă când familia manifestă rezistenţă la intervenţiile directive, deoarece confuzia creată facilitează schimbarea.
- Manipularea dispoziţiilor afective din cadrul familiei. Presupune oglindirea exagerată de către terapeut a stării dispoziţionale frecvent manifestate de familie. De exemplu, dacă de regulă în familie se ţipă, terapeutul poate ţipa şi mai tare.
- Educarea şi ghidarea. Terapeutul, în calitate de lider al familiei, poate oferi direct informaţii şi sugestii despre moduri diferite de comportament. De exemplu, îi poate învăţa pe părinţi cum să acorde mai multă atenţie copiilor lor.

Folosirea acestor tehnici are ca efect (urmărit, de altfel, de terapeut) modificarea realităţii familiei, astfel că „realitatea familiei este o construcţie terapeutică" (Minuchin, Fishman, 1981, p. 207). Cu alte cuvinte, rolul terapeutului este unul activ, directiv. El este expertul care determină şi direcţionează structura şi procesul terapiei. Cu toate acestea, empatia, flexibilitatea şi creativitatea, dar mai ales stilul personal sunt indispensabile terapeutului structuralist. Iată cum descrie Minuchin îmbinarea stilului personal cu tehnicile şi scopurile terapiei structurale de familie:

> Ca terapeut, tind să mă comport ca o rudă mai îndepărtată. Îmi place să spun glume despre propriile mele experienţe şi gânduri şi să spun lucruri pe care le-am auzit sau le-am citit şi care sunt relevante pentru acea familie. Încerc să asimilez limbajul familiei şi să construiesc metafore utilizând limbajul şi miturile familiei. Aceste metode scurtează timpul, investind întâlnirea dintre străini cu emoţiile prezente într-o întâlnire dintre vechi cunoştinţe. Acestea sunt tehnici de acomodare ce sunt vitale procesului de însoţire (Minuchin, 1974, p. 122).

Sumarizând, procesul terapeutic în terapia structurală de familie include (Becvar, Becvar, 1996, p. 205):

1. Să înveţi şi să crezi în conceptul de structură familială.
2. Să observi tranzacţiile şi patternurile care caracterizează familia, de unde se poate deduce structura familială.

3. Să dispui de o structură ideală definită pentru familia respectivă.
4. Să însoţeşti, să accepţi şi să respecţi familia în şi pentru eforturile ei de a se organiza singură pentru a face faţă dificultăţilor, dar în acelaşi timp să îţi asumi şi rolul de lider.
5. Să intervii în familie într-o manieră respectuoasă, caldă, dar fermă, pentru a face să se întâmple în şedinţă ceea ce tu ca terapeut ţi-ai propus în conformitate cu harta structurală ce ajută familia să construiască o structură sănătoasă descrisă de terapia structurală.
6. Să susţii membrii familiei, dar şi să-i provoci să încerce noi modalităţi de relaţionare în cadrul şedinţelor şi să îi lauzi cu generozitate când o fac cu succes.

Eficienţa şi valoarea terapiei structurale au fost şi continuă să fie susţinute de numeroase cercetări în domeniu, pe familii diferite din punct de vedere cultural, al simptomului pentru care solicită ajutor (de la diabet, astm, anorexie la tulburări de comportament şi abuz de droguri), dar şi de impactul pe care aceasta îl are asupra altor modele de terapie de familie. Criticile care i s-au adus direct sau indirect de către alte abordări terapeutice au vizat în special următoarele aspecte:

- Evaluarea şi diagnosticul structural – este posibil ca terapeutul să nu aibă suficiente informaţii despre familie, atât timp cât îşi bazează evaluarea pe observaţiile făcute doar în timpul şedinţelor, fără să se informeze mai pe larg despre istoria familiei respective.
- Stilul terapeutic – necesită ca terapeutul să fie foarte directiv şi deci foarte obositor, ceea ce contravine stilului personal al multor practicieni; în plus, terapeutul apare ca fiind „expertul", şi acest fapt contrazice ideea de egalitate a relaţiei dintre terapeut şi client.
- Responsabilitatea pentru schimbare – terapia structurală presupune că terapeutul „schimbă" familia, ceea ce are însă la bază ideea că acesta reprezintă un factor extern familiei. Dar familia, la rândul ei, va reacţiona faţă de terapeut în acelaşi mod în care reacţionează faţă de un oricare alt factor extern. Deci, familia însăşi este responsabilă pentru schimbare.
- Modelul familiei „funcţionale" şi „disfuncţionale" – terapeutul oferă un model de familie „sănătoasă" destul de rigid şi într-o manieră destul de orgolioasă, astfel că ar putea cataloga drept disfuncţionale familii ce se află într-un dezechilibru temporar (cauzat, de exemplu, de pierderea locului de muncă de către tată într-o perioadă de recesiune economică sau intrarea în adolescenţă a unui copil).
- Funcţia simptomului – conform terapiei structurale, simptomul nu ar avea nici o valoare funcţională pentru familie. Cu toate acestea, aşa cum arată terapia strategică, de multe ori simptomul este cel care menţine echilibrul familial, iar eliminarea lui nu ar face decât să înrăutăţească lucrurile. De aceea, intervenţiile structuraliste provoacă deseori „rezistenţe", deşi acestea nu sunt altceva decât expresii naturale ale modului de manifestare a familiei.

Prezentăm, pentru exemplificare, cazul familiei Brown preluat de la Salvador Minuchin.

Studiu de caz

Familiei Brown i s-a recomandat terapia de către un pediatru care o trata pe fiica lor Sally în vârstă de zece ani. Sally a fost spitalizată cu diagnosticul de anorexie nervoasă, un sindrom psihosomatic al cărui simptom principal este o pierdere drastică în greutate,

cauzată de lipsa poftei de mâncare. Sally pierduse şapte kilograme în zece săptămâni. La sosirea sa la spital, avea 21 de kilograme; după o săptămână acolo cântărea 20 de kilograme. Arăta ca o bătrână slăbită, cu un zâmbet trist, imobil.

Familia lui Sally este compusă din tatăl ei, care este un arhitect de succes în vârstă de 40 de ani, mama ei şi trei fraţi - Michael, în vârstă de 14 ani, Robert, în vârstă de 12 ani, şi John, în vârstă de 8 ani. Ei se apreciază ca fiind o „familie americană normală", a cărei singură problemă gravă este refuzul lui Sally de a mânca. Au venit la terapia familială doar pentru că pediatrul a insistat.

Conform spuselor lui Hilde Bruch, sindromul anorexiei nervoase este caracterizat de o tulburare a iluziei proporţiilor, în mintea unei persoane, privind propriul corp; o tulburare în percepţia sa sau interpretarea cognitivă a stimulilor ce apar în propriul corp, cu un eşec la cel mai pronunţat nivel în a recunoaşte semnele date de nevoile nutriţionale, hiperactivitate şi o negare a stării de oboseală, ceea ce reprezintă o altă manifestare a falsei stări de conştiinţă asupra stării corporale a cuiva, şi o senzaţie paralizantă de inutilitate, care tulbură toate gândurile şi activităţile.

Tratamentul conceput în acord cu această orientare teoretică ar include o varietate de proceduri, cuprinzând disciplina dietetică, medicaţie şi terapie psihodinamică sau modificare comportamentală. Toate aceste tehnici sunt orientate în primul rând spre individul pacient, cel care „conţine" boala.

Un practician al terapiei familiale abordează anorexia nervoasă dintr-un unghi diferit. Un simptom psihosomatic, ca şi alte simptome, poate fi expresia unei disfuncţii familiale în pacientul identificat. Simptomul poate fi încercarea pacientului de a soluţiona disfuncţia familiei. Sau, acesta îşi poate avea rădăcinile în individul membru al familiei, datorită circumstanţelor particulare de viaţă care au fost apoi utilizate şi susţinute de către sistemul familiei ca un mecanism de menţinere a sistemului. În orice caz, este de neconceput pentru terapeutul familial să privească pacientul identificat separat de circumstanţele sale. Procedurile de tratament sunt orientate spre pacientul identificat în cadrul familiei sale.

Conceptul de pacient identificat se schimbă când individul este văzut ca un membru activ sau reactiv al unui sistem social organizat de o structură internă. Nu i se mai mărturiseşte faptul că este bolnav. Deşi simptomele sale sunt cea mai evidentă expresie a unei probleme, boala sa particulară este în cel mai bun caz un adevăr parţial. Boala s-a dezvoltat în cadrul contextului de viaţă. Ca efect, simptomele individului au devenit ilustrative, în timp ce orice altceva a ajuns nesemnificativ. Dar pe măsură ce tratamentul evoluează, comportamentul celorlalţi membri ai familiei şi interacţiunea vor deveni ilustrative, temporar putând fi considerate ca fiind „simptomatice". Scopul este schimbarea sistemului, într-o atmosferă ce încurajează interdependenţa, mutualitatea şi sprijinul.

Modelul psihopatogen al familiei. Abordarea terapeutică a familiei Brown este condusă conceptual după modelul „familiei psihopatogene". Acest model a fost dezvoltat în cursul unor experienţe cu multe familii în care pacienţii identificaţi prezentau diferite simptome psihosomatice şi psihogene. În consecinţă, intervenţiile unui terapeut folosind aceste modele nu sunt limitate doar la răspunsurile sale privind patternurile tranzacţionale ale familiei curente. Pe măsură ce se alătură familiei, el are un model după care să-şi orienteze probele, împotriva cărora poate testa circumstanţele idiosincratice ale acelei familii. Potrivit acestui model conceptual, dezvoltarea bolii psihosomatice la copil este relaţionată cu trei factori. Ei includ un tip special de organizare şi funcţionare a familiei, implicarea copilului în conflictul părinţilor şi vulnerabilitatea psihologică.

Tipul de funcţionare familială implicat este caracterizat de imixtiune, supraprotecţie, rigiditate şi o lipsă a rezolvării conflictului. În imixtiune, membrii familiei sunt supraimplicaţi unii cu alţii şi suprarresponsabili. Limitele interpersonale sunt difuze, membrii familiei amestecându-se unii în gândurile altora, în sentimente şi comunicări. Subsistemul graniţelor este de asemenea difuz, de unde rezultă o confuzie de roluri. Autonomia individului este sever restricţionată de către sistemul familiei.

Într-o familie supraprotectoare, membrii au un nivel ridicat al preocupării pentru binele celorlalţi. Răspunsuri protectoare sunt în permanenţă solicitate şi oferite. Când un copil este bolnav, de exemplu, întreaga familie se implică. Adesea conflictele sunt trecute cu vederea în proces. Copilul, în schimb, se simte responsabil să protejeze familia.

Familiile organizate în mod rigid se prezintă adesea ca neavând nevoie sau ca neaşteptând vreo schimbare în familie. Patternurile tranzacţionale preferate sunt menţinute în mod inflexibil.

În cele din urmă, lipsa fermităţii în privinţa conflictelor într-o familie înseamnă că aceasta are un prag inferior pentru conflict. Unele familii pur şi simplu neagă existenţa vreunui conflict. În altele, unul dintre partenerii de cuplu se confruntă cu problemele, iar celălalt preferă să le evite. Alţii se ciondănesc, dar reuşesc să evite o confruntare reală. Ca urmare, problemele nu sunt discutate şi rezolvate. Copilul bolnav psihosomatic joacă un rol vital în evitarea de către familia sa a conflictului, el reprezentând un punct de concentrare a preocupărilor. Sistemul reîntăreşte comportamentul său simptomatic, pentru a păstra patternurile de evitare a conflictului.

Implicarea copilului în conflictul părinţilor este cea de-a doua caracteristică a unei familii tipic psihosomatogene. În familiile în care graniţele dintre subsistemul soţilor şi copil sunt difuze, copilul bolnav este important în deteriorarea conflictului soţilor. Când conflicte ce submerg sau sunt nenegociate ameninţă diada soţilor, pacientul identificat este adus şi într-adevăr se implică în formarea unei triade rigide.

Vulnerabilitatea psihologică a copilului este o componentă necesară, dar insuficientă în apariţia sindromului psihosomatic. De exemplu, apariţia „trăgaciului" psihosomatic care atacă într-un copil diabetic depinde de existenţa unor alte elemente ale familiei psihosomatogene. Prezenţa vulnerabilităţii psihice în anorexia nervoasă este discutabilă.

Diagnoza familiei Brown. Modelul diagnostic al familiei psihosomatogene ajută terapeutul familial să abordeze un caz de anorexie nervoasă. Dar, ca de obicei, drumul de la formularea scopurilor la atingerea acestora va fi străbătut de către familie şi terapeut într-un mod unic, dictat de alăturarea lor idiosincratică. În lucrul cu familii cu un copil anorexic ce dezvoltă crize este folositor uneori să organizezi tranzacţiile familiei de aşa manieră, încât aceasta să fie forţată să se confrunte cu stările de stres pe care le trecea cu vederea. Terapeutul monitorizează rezultatele crizelor, creând situaţii experimentale în care membrii familiei pot şi trebuie să înveţe să se confrunte unii cu alţii în moduri noi şi diferite.

Familia Brown, de exemplu, insistă în a se defini ca fiind „perfect normală", exceptând problema medicală a unui singur membru. În această situaţie, o criză medicală indusă poate sublinia semnificaţia patternurilor tranzacţionale ale familiei care au creat şi sprijinit simptomul. Aria simptomului oferă în mod evident drumul spre aceste crize.

Tabloul care urmează începe prezentând familia, inclusiv cei patru copii, şi pe terapeut, care se află la masa de prânz, aşezaţi în camera de terapie. Şedinţa începe la ora unsprezece fix şi, după etapele iniţiale ale interviului, familia a fost rugată să comande prânzul.

Tehnica de a mânca împreună cu o familie anorexică este valoroasă datorită câtorva motive. În primul rând, face ca lucrurile să se producă în timpul şedinţei cu terapeutul.

Când conflictul privind mâncatul poate fi reaprins în timpul şedinţei, a vorbi despre mâncare reprezintă aproape o pierdere de timp. Mai mult chiar, organizarea unei crize a familiei în jurul simptomului face posibilă intervenţia directă asupra simptomului. Intervenţiile disipate la nivel individual şi explorarea unor idei anorexice privind mâncarea şi mâncatul pot servi doar la întărirea şi, mai departe, la cristalizarea simptomului. Dar când o criză a familiei este organizată în jurul sindromului, nu simptomul, ci negocierile interpersonale ale părinţilor şi copilului privind mâncatul sunt trecute sub tăcere. A nu mânca devine nesemnificativ ca rezultat al unei emergenţe dramatice a factorilor interacţionali care atunci devin disponibili pentru intervenţii ce pot produce schimbarea.

În familia Brown, terapeutul începe să dezvolte o criză în familie, spunându-le membrilor familiei că este esenţial pentru Sally să mănânce. Deoarece nu a mâncat aproape nimic în afară de îngheţată, ea a slăbit în mod rapid. Acum Sally trebuie să mănânce pentru a supravieţui. Terapeutul spune familiei să comande prânzul. Sally refuză să comande altceva în afară de îngheţată şi tort, aşa că terapeutul cere familiei să comande pentru ea. Ei acceptă să comande un hamburger, spunând că ei i-au plăcut mereu hamburgerii.

Această scenă zilnică a luptei pentru autonomie şi control stabileşte „scena" pentru o criză de familie. Şedinţa este condusă până la un prag emoţional înalt. Sally plânge, ţipă şi uneori loveşte. Părinţii îndoioşaţi, care preţuiesc evitarea conflictelor în familia lor, se găsesc deodată în mijlocul unei tranzacţii conflictuale din care nu pot scăpa. Aşa cum este caracteristic familiei, părinţii dezaprobă cererea făcută lui Sally de ceilalţi, care are drept rezultat faptul că ea plânge disperată, dar nu mănâncă. Atunci, terapeutul îi spune doar tatălui că ea trebuie să mănânce.

Minuchin: – Trebuie să mănânce, aşa că vreau, domnule Brown, să o ajutaţi.

Dl Brown: – Poţi avea îngheţată după ce mănânci.

Sally: – Nu mănânc! Nu mănânc asta! Nu mănânc asta! (*Se ridică de la masă şi fuge într-un colţ al camerei plângând.*)

Dna Brown: – Ea dorea o Coca-Cola şi a căpătat lapte.

Dl B.: – Am să-ţi cumpăr o Cola diseară, bine? (*Se ridică şi se duce după Sally.*)

Dna B.: – Ai cerut o Coca-Cola?

M.: – Da, a cerut.

Dl B.: – Nu te îngrijora, îţi promit că vei primi o Cola diseară. Nu mai plânge, Sally. (*Ea îl respinge.*) Crezi că am o Cola? Ei, haide, Sally.

Dna B.: – Doreşti altceva?

Dl B.: – Se poate supăra iar foarte rău pe mine. (*Încearcă să o conducă din nou la masă pe Sally, ea se opune.*)

S. (*ţipând*): – Îl urăsc! Îl urăsc! Vă urăsc, domnule!

Dl B.: – Pe cine urăşti, Sally?

S.: – Pe el.

Dl B.: – Pe cine, pe doctor?

S.: – Nu-l plac!

Dl B.: – E un tip de treabă.

S.: – Nu-l plac!

Dl B.: – Bine.

S.: – Doctorii de la spital mă lăsau să iau ce doream. El nu. Nu vreau să fiu aici. Vreau doar îngheţată. Nu vreau decât îngheţată!

Dl B.: – Poţi avea îngheţata după ce termini hamburgerul.

S. (*ţipând*): – Nu mănânc hamburgerul.

Dl B.: – De ce nu?

S.: – Nu vreau! (*Suspină convulsiv.*)

Dl B.: – Ei, ce mai plâns... ce mai plâns...
S.: – Nu-l vreau. Nu-l vreau, tati.
Dl B.: – Dar înainte întotdeauna ţi-au plăcut hamburgerii. (*O îmbrăţişează.*)
S.: – Ba nu. Acum lasă-mă în pace. Nu-l vreau. Nu vreau hamburgerul, nu vreau decât îngheţată. Lasă-mă în pace. (*Îl îmbrânceşte.*)
Dl B.: – De ce eşti aşa de supărată?
S.: – Vreau doar îngheţată. Nu vreau hamburgerul. Nu vrei să mă laşi în pace?
Dl B.: – Singura cale de a scăpa de doctor este să mănânci.
S.: – Nu mănânc asta, nu mănânc asta, nu mănânc asta, nu mănânc asta, nu mănânc asta! (*Dl Brown se dă bătut şi se aşază la masă. Sally rămâne în colţul ei. Cei trei băieţi plâng.*)
M.: – Aţi putea-o ajuta să mănânce, dnă Brown?
Dna B.: – Nu ştiu, dar nu am răbdarea lui. (*Se ridică şi se îndreaptă spre Sally.*)
S. (*ţipând*): – Nu mănânc asta, nu mănânc asta!
Dna B.: – Sally, este spre binele tău. Te rog. Te rog, dragă.
S.: – Nu, nu vreau.
Dna B.: – Nu vrei să te faci bine?
S. (*ţipând*): – Nu fac asta. O, taci din gură! Nu mănânc asta!
Dna B.: – Nu vrei să mergi acasă?
S.: – Nu mănânc asta, nu mănânc nici un fel de mâncare aici.
Dna B.: – Nouă ne-ar plăcea să mănânci.
S.: – Nu vreau.
Dna B.: – Eu aş vrea.
S.: – Nu am de gând. (*Îşi pălmuieşte mama.*)
Dna B.: – Nu mă lovi. Nu mă lovi, am spus!
S.: – Nu vreau!
Dna B.: – Nu mă lovi, am spus. (*Aspru.*) Aş vrea să mănânci.
S.: – Nu vreau.
Dna B.: – De ce nu?
S.: – Nu am de gând.
Dna B.: – Vrei să mori?
S.: – Nu e nevoie. Vreau să merg înapoi la spital.
Dna B.: – Nu poţi merge înapoi la spital până nu-ţi mănânci prânzul. Eşti fericită dacă mă loveşti? Eşti fericită dacă mă loveşti? Eşti fericită?
S.: – Da, pentru că atunci nu o să mă muşti.
Dna B.: – Nu o să te muşc.
S.: – Nu vreau decât îngheţată.
Dna B.: – Şi noi vrem să mănânci.
S. (*ţipând*): – Nu-mi pasă, nu mănânc asta.
Dna B.: – Vrei să ţip şi eu la tine?
S.: – Nu-mi pasă. Nu mănânc asta, nu mănânc asta, nu o să mănânc asta, nu mănânc asta! (*Suspină şi bate din picioare.*)
Dna B.: – Sper că acum, că m-ai supărat, eşti fericită.
S.: – Nu mănânc asta.
Dna B.: – Vrei, te rog, să vii la cină?
S.: – Nu mănânc asta, nu mănânc asta!
Dna B.: – De ce nu?
S.: – Lasă-mă în pace.
Dna B. (*spre Minuchin*): – Ar trebui să continuu?
M.: – Sally, va trebui să iei loc.
S.: – Vreau doar îngheţată!
M.: – Ia loc. (*Se ridică şi arată cu degetul spre un scaun. Sally se aşază.*)

Aşezarea lui Sally marchează începutul unei noi etape a şedinţei. Întreaga familie este extenuată şi caută o cale să scape din patternul disfuncţional rigid în care se simte prinsă. Terapeutul oferă un model de negociere. El sugerează alternative de mâncare, dintre care Sally trebuie să aleagă. Alegând dintre ele, Sally ia decizii asupra aranjării vieţii ei la spital şi asupra servirii mesei acolo. În timpul şedinţei, terapeutul propune aproximativ patruzeci de alternative. Sally alege unsprezece şi de fiecare dată terapeutul susţine comentariile sale. Evident, ei îi place faptul că simte că are un oarecare control asupra mediului.

Strategia oferirii alternativelor este prezentată în segmentul următor, care este o interacţiune didactică între Sally şi terapeut cu ajutorul unui medic pediatru rezident ce are rolul de adjunct al terapeutului. Încercările părinţilor de a interveni sunt blocate, având drept rezultat separarea lui Sally de părinţi şi crearea unei diade terapeutice – Sally şi terapeutul.

Minuchin: – Sally trebuie să mănânce. Nu este o cerinţă cu alternative. Trebuie să mănânce. Acum problema se pune că poţi mânca ceva, ce vrei, în locul a ceva ce nu vrei, dar va trebui să obţii aprobarea doctorului. Aşa că spune-i ce mănânci. Spune-i ce mâncăruri îţi plac.

Sally: – Nu ştiu.

M.: – Va trebui să îi spui, pentru că el va cere la bucătărie ce vei comanda. Decide asupra celor care îţi plac mai mult. Care îţi plac cel mai mult?

Dna Brown: – Păi...

M. (*făcându-i semn să tacă*): – Nu, nu. Sally să spună. Ea va mânca şi este în spital şi este ceva ce trebuie să rezolvăm acum.

S.: – Nu ştiu.

M. (*spre rezident*): – Ce fel de mâncare trebuie să mănânce?

Rezidentul: – Peşte, nişte carne.

M. (*spre Sally*): – O, aşa că să începem cu asta. Cum vrei carnea?

S.: – Nu ştiu.

M.: – Atunci îţi va fi servită aşa cum este gătită la bucătărie.

S.: – Bine.

M.: – Vrei să vorbeşti cu acest doctor în mod exclusiv? Ştii, tu poţi, aici, să faci un aranjament cu doctorul când sunteţi singuri. Preferi aşa sau preferi să te hotărăşti acum? (*Ea încuviinţează.*) El spune că ai nevoie de carne. De ce mai are nevoie?

R.: – Legume.

M.: – Ce fel de legume îţi plac? Roşiile? (*Ea dă din cap.*) Ce alte legume?

R.: – Probabil că au aproape orice – mazăre, fasole verde, spanac.

M.: – Pe care le vrei?

S.: – Mazăre.

M.: – Mai sunt şi alte legume care îţi plac? Mazăre ar fi bine? (*Ea dă din cap.*) Aşadar vom lua carne şi mazăre. Vrei pui? Vrei pui sau vită?

S.: – Pui.

M.: – Bine, aşadar ai să capeţi pui. Prăjit sau fript? Cum vrei puiul?

S.: – Nu ştiu.

M.: – E bine prăjit sau îl vrei fiert?

S.: – Nu ştiu.

M.: – Este la fel? Aşadar vom lua pui, mazăre, ce altceva mai are nevoie?

R.: – Bulion sau tăiţei.

M.: – Ce îţi place?

S.: – Nici una.

M.: – Ce altceva?

R.: – Desert.

Strategia de a oferi alternative dă rezultate imediat. Sally începe să mănânce în timpul şedinţei, continuă să mai mănânce două zile la spital şi apoi să mănânce după ce se întoarce acasă. Într-o lună revine la greutatea ei precedentă.

O dată ce prezenţa simptomului dramatic, cu caracteristicile acestuia, a dispărut, Sally şi restul membrilor familiei apar în mod considerabil mai complecşi. În acelaşi timp, „harta" familiei devine mai clară şi mai diferenţiată. Ca de obicei, lărgind exponenţii principali, forţele din cadrul familiei care menţineau aparenta problemă îi fac să fie susceptibili la intervenţie.

Sublinierea terapeutului în ceea ce priveşte familia Brown este aceea că ei operează într-un sistem restrâns. Tranzacţiile diadice au loc rareori, interacţiunea este fie triadică, fie de grup. Este caracterizată de o succesiune rigidă, care promovează un fel de confuzie în toţi membrii familiei. De exemplu, dacă un părinte critică unul dintre copii, celălalt părinte sau un copil îl va proteja, şi atunci un alt membru al familiei se va alătura criticului sau celui criticat. Problema originală devine difuză, doar pentru a apărea din nou, mai târziu, într-o situaţie asemănătoare şi pentru a rămâne în mod similar nerezolvată.

Interacţiunile familiei Brown au avut un efect de ajutor, protector. Evitarea agresiunii sau chiar a neînţelegerii lor este izbitoare. Familia însăşi descrie toate aceste interacţiuni ca fiind armonioase. Totuşi, în aprecierea terapeutului, există multe conflicte nediscutate între soţ şi soţie. Asemenea conflicte au fost sufocate şi niciodată explicate. Ele se exprimă în organizarea familiei, în care mama a făcut o coaliţie împreună cu copiii, în care soţul-tată este prins într-o poziţie de izolare neputincioasă. El este perceput de mamă şi copii ca un despot absolut, dar, în realitate, puterea sa în interiorul familiei este neglijabilă. Mama îngrijeşte de copii ; soţul-tată rămâne neimplicat şi periferic. Doar în aria parentală sunt exprimate neînţelegerile soţilor. Tatăl crede că mama este prea îngăduitoare.

O altă expresie a neînţelegerii ce poate fi legată de selecţia simptomului anorexiei apare în încercările constante ale mamei de a îmbunătăţi manierele la masă ale tatălui. Această neînţelegere durează de douăzeci de ani de mariaj, iar acum este discutată ironic de către toţi membrii familiei, în special în timpul mesei.

Graniţele sistemului soţilor sunt foarte slabe. Perifericul soţ-tată are puternice legături cu sisteme extrafamiliale, în special cu afacerea sa şi cu familia sa de origine. Mama este în mod ferm legată de sistemul mamă-copil, care este un sistem înalt rezonant. Mama este punctul principal de contact între acest subsistem şi ceilalţi. Ca rezultat, tatăl face cunoscută natura unei asemenea comunicări - ea elimină elementele educative, dar lasă elementele de control, întărind coaliţia dintre mamă şi copii împotriva tatălui. Relaţia ei cu copiii este supradirectivă, deranjantă şi supraeducativă. Comunicarea apropiată, adecvată cu copiii mai mici, a condus la dificultăţi care au apărut cu un număr de ani înainte, când fiul cel mai mare, care intră în adolescenţă, a început să emită pretenţii pentru a-şi câştiga autonomia adecvată vârstei lui. La momentul terapiei, relaţia dintre mamă şi fiul cel mai mare este încărcată cu cerinţele lui de autonomie, împotriva cerinţelor ei de supunere. Fratele mijlociu este aliat cu fratele său mai mare în acest conflict.

Proasta funcţionare a familiei i-a afectat pe toţi membrii familiei. Deşi simptomele anorexiei nervoase au supraarătat problemele părinţilor şi „buna înţelegere", evaluarea clinică a grupului total arată că fiecare membru răspunde stresului familiei în moduri idiosincratice.

Sindromul anorexiei nervoase a fost adânc implantat în patternurile tranzacţionale patogene ale familiei, făcându-l să fie deosebit de rezistent la schimbare. Familia, în mod

tipic, insistă în a reţine metodele sale obişnuite de interacţiune. Constant, situaţii de dezechilibru cronic sunt menţinute pentru perioade lungi de timp, cu Sally funcţionând ca şef al căilor de ocolire a conflictului. Cea mai importantă sursă a ei de reîntărire este în subsistemul soţilor, dar simptomele au multiple determinări, aflându-şi noi resurse atât în acest subsistem, cât şi în sine.

Înăuntrul subsistemului soţilor, conflictele dintre părinţi, niciodată negociate, sunt percepute ca fiind o zonă particulară periculoasă. Deşi toţi copiii sunt implicaţi în a ţine ascunse aceste conflicte, cel mai frecvent Sally este cea care traversează limitele dintre generaţii pentru a difuza conflictul parental. Rolul ei este de a le permite părinţilor să-şi orienteze conflictul, îndreptându-şi grijile spre ea. Mai mult chiar, simptomul defineşte o zonă „sigură", în care conflictele soţilor pot ieşi la suprafaţă. Tatăl crede că mama ar trebui să o facă pe Sally să mănânce, în timp ce mama, îngrijorându-se, consideră că Sally nu ar trebui forţată să mănânce. Coaliţia mamei şi fiicei împotriva tatălui este explicit manifestată în protecţia lui Sally, manifestată de mamă împotriva susţinerii tatălui că ea ar trebui să mănânce. În acelaşi timp, Sally, selectând acest simptom, se înscrie într-o coaliţie implicită cu tatăl ei, a cărui luptă cu mama i-a permis să iasă la suprafaţă în tema mâncatului, şi anume în ceea ce priveşte manierele tatălui la masă.

În cadrul subsistemului familiei (fraţilor), Sally este cel mai puţin puternic membru al acestui grup mai degrabă nediferenţiat. Ea este izolată şi exclusă. Subgrupul fraţilor se conformează stilului familiei. De fiecare dată când apare un conflict, ei imediat se grăbesc să se coalizeze. Sally este întotdeauna exclusă din aceste coaliţii şi devine adesea ţinta lor. Totuşi, deoarece neînţelegerile făţişe trebuie evitate, izolarea ei ia forma unei retrageri în interesul pentru muzică. Anorexia nervoasă ţine această structură a subgrupului fraţilor intactă, îmbunătăţind în acelaşi timp situaţia lui Sally. Ea rămâne izolată, dar este centrul preocupării şi al protecţiei.

Pentru Sally însăşi, sindromul anorexiei este o cale de a se autoafirma. Prin faptul că nu mănâncă, Sally se afirmă într-un mod permisibil în cadrul sistemului de valori al familiei. Ea dezaprobă, dar nu în mod deschis. Prioritatea familiei de a evita conflictul este menţinută, deoarece eşecul ei în a mânca nu este o confruntare explicită sau o încălcare de reguli. Atunci, simptomul este reîntărit de către toţi membrii familiei. Soţii acceptă acest fapt ca pe un circuit de evitare a conflictului şi îl folosesc în coaliţie unul împotriva celuilalt. Sally simte toate acestea ca pe o formă de autoafirmare şi, totodată, o cale de a-şi proteja familia şi chiar de alianţă la un nivel implicit cu tatăl său. Fraţii reîntăresc de asemenea simptomul ca parte dintr-un sistem protector, cu rol de „ţap ispăşitor".

Scopurile terapeutice. Ca un rezultat al diagnozei patternurilor tranzacţionale ale familiei Brown, pot fi formulate cinci scopuri terapeutice. Primul şi cel mai important este dispariţia sindromului anorexiei nervoase.

Al doilea are în vedere efectuarea unei transformări în subsistemul soţilor. Aceasta necesită ca tranzacţiile suportive, complementare dintre soţi să se intensifice, astfel încât să creeze un subsistem foarte clar delimitat al mamei şi tatălui, care să-şi educe copiii într-o relaţie mutual suportivă. Mama trebuie de asemenea să fie mai puţin angajată în educarea copiilor, spre a avea mai mult timp pentru operaţiile din subsistemul soţilor, iar angajamentul tatălui în educarea copiilor trebuie crescut, pentru a-l face apt să-şi contacteze copiii direct, fără a apela la mamă. Cu alte cuvinte, rolul mamei ca şi contact trebuie să dispară.

Al treilea scop al tratamentului este o transformare în subsistemul fraţilor. Funcţionarea gen „capcană" a subsistemului trebuie redusă, iar graniţele deschise, astfel încât copiii să

poată interacţiona cu părinţii lor şi cu lumea extrafamilială, fără a alege un reprezentant al nevoilor lor. Mai mult, trebuie crescută autonomia adecvată vârstei lor pentru toţi copiii şi trebuie realizată o schimbare a poziţiei lipsită de putere şi de „ţap ispăşitor" a lui Sally.

Al patrulea scop al terapiei în acest caz este de a face posibilă formarea de diade efective şi triade în sistemul total al familiei. Gradul de flexibilitate din cadrul subsistemelor trebuie mărit, iar funcţionarea tip „capcană" se cere să fie eliminată. Alianţele flexibile şi coaliţiile trebuie să fie posibile.

Comunicarea clară între toţi membrii familiei trebuie întărită. În acest fel, e necesar să fie recunoscută natura reală a tranzacţiilor lor.

Desigur, aceste obiective sunt interdependente. Orice transformare efectivă este prevăzută datorită posibilităţii restructurării a cel puţin doi membri ai familiei în cadrul organizaţiei familiale. Mai mult chiar, scopurile sunt interrelaţionale în cadrul sistemului, la fel cum este patologia. Fiii mai mari nu pot deveni adolescenţi până când mama nu devine o soţie. Mama nu poate funcţiona ca o soţie până când soţul ei nu o va îndepărta de copii. Mama nu va renunţa la copii până când tatăl nu-i va oferi suport şi tandreţe ca soţ. Atât timp cât contactul dintre tată şi copii are loc prin mamă, tatăl şi mama nu pot intra pe orbita lor de cuplu. În timp ce mama şi tatăl rămân dezbinaţi, copiii trebuie să continue să lupte cu stilul indiscret al mamei, supraeducativ şi supradirector. Atât timp cât copiii rămân parte dintr-un subgrup nediferenţiat, înalt închis, ei vor continua să lupte cu mama folosind modul anorexic ce reîntăreşte mai departe simptomul.

Strategii terapeutice. Dintre aceste scopuri terapeutice, trebuie dezvoltate strategii specifice pentru a efectua restructurarea necesară. Miezul problemelor familiei Brown este incapacitatea soţilor de a negocia unul cu altul. De aceea, şedinţele subsistemului soţilor au loc pe măsură ce terapia familială continuă. O dată ce faţada acordului mutual a fost spartă, şedinţele soţilor se ocupă de senzaţia soţiei de a fi neacceptată de către soţul ei, sentimentul ei de a fi în competiţie cu soacra, plângerile ei în legătură cu eşecul soţului de a o sprijini în creşterea copiilor şi de a o respecta ca pe un adult. Soţul aduce în discuţie chestiuni legate de izolarea sa în familie, incapacitatea de a cicăli copiii fără controlul soţiei şi lipsa de interes a soţiei sale în ceea ce-l priveşte ca partener sexual. Intervenţiile terapeutice în şedinţele subsistemului au ca scop facilitarea negocierii şi rezolvarea neînţelegerilor şi, totodată, încurajarea experimentării interacţiunilor mutual suportive, plăcute şi nonparentale.

Complementar, şedinţele cu toată familia sunt continuate. Sunt utilizate strategii variate în timpul acestor şedinţe. De exemplu, este provocat stilul de comunicare a familiei. Când se dezvoltă un conflict între doi membri, terapeutul îi face să continue până când ei ajung la o rezolvare sau până când un al treilea membru se alătură discuţiei într-o formă explicită ori cerând să fie inclus sau să fie invitat de către diada originală. Membrii familiei îşi schimbă locul pe scaune pentru a permite ca două sau trei persoane implicate în discuţie să se aşeze una lângă alta; ceilalţi ies din cerc şi observă.

Această tehnică, în mod deosebit, este foarte eficientă în diferenţierea subgrupurilor unul de altul. De exemplu, pe măsură ce conflictele fiului cel mai mare cu mama sa devin mai evidente, tatălui i se cere să intervină. Cei trei îşi mută scaunele către centrul camerei, în timp ce ceilalţi copii pleacă. Acum mama este puternic susţinută de către soţul ei, negocierile urmărind să-i permită lui Michael mult mai multă autonomie, relaţionată în mod explicit cu statutul său de fiu cel mai mare. Terapeutul măreşte această diferenţiere, tratându-l ca pe un adult. De asemenea, îi încredinţează mamei o sarcină.

Ea trebuie să supravegheze acele acţiuni ale lui Michael care merită aprobarea ei şi să le răsplătească. Această strategie este direcţionată către o audienţă dublă şi pentru Michael, care de asemenea aude sarcina şi măreşte numărul acţiunilor de tipul celor pe care mama să le poată răsplăti. Michael începe să devină adolescent.

Individualizarea şi îndepărtarea lui Michael din subsistemul fraţilor îl lasă pe Robert, care are doisprezece ani, să fie partenerul de joacă al lui John, de opt ani; Sally, de zece ani, este exclusă. Acum, cei trei copii mai mici trebuie să ocupe centrul camerei, cu mama şi tatăl ajutându-i din afara cercului. John şi Robert sunt instruiţi să se joace cu Sally. Dar când cei trei încep să se joace împreună jocul devine ermetic şi haotic. De aceea, copiilor li se dă sarcina să se joace acasă. Părinţii trebuie să cumpere jocuri şi să aibă grijă ca regulile acestora să fie respectate.

Robert, cel mai deştept şi cel mai sănătos din punct de vedere psihologic din familie, începe să se alieze cu terapeutul, aşezându-se lângă el şi comentând funcţionarea familiei. El începe să aibă mai mulţi prieteni la şcoală şi petrece mai mult timp cu ei, într-un proces adecvat vârstei de a contacta lumea extrafamilială. Sally şi John devin mai apropiaţi.

În una dintre şedinţe, John se plânge că Sally se joacă într-un mod grosolan şi îl sperie cu furia ei. Acum John şi Sally ocupă centrul camerei, iar lui Michael i se cere să joace rolul de mediator, ajutându-l pe John să înţeleagă explicaţiile lui Sally în legătură cu comportamentul ei. Rolul său de frate mai mare este întărit de participarea la o activitate care îi diferenţiază pe cei doi fraţi mai mici. În toate aceste şedinţe de familie, se accentuează demararea clară a părţilor într-o negociere şi rezolvarea unor conflicte clar stabilite.

Folosirea spaţiului pentru a crea senzaţia apropierii sau depărtării delimitează subgrupurile (actori şi observatori), intensifică efectul sau potenţează fantezia rolurilor, această metodă fiind utilă în cazul familiilor foarte rigide, ermetice şi nediferenţiate. Îi dă terapeutului posibilitatea de a funcţiona ca un director, stabilind decorul, creând scenariul, dând sarcini şi creând membrilor familiei ocazia să funcţioneze în cadrul noului decor pe care el l-a impus.

Terapia cu familia Brown s-a terminat cu succes după nouă luni. Problema iniţială a încetat să mai fie o preocupare a familiei după o lună de la începutul terapiei. După un an şi jumătate de la terminarea ei familia este implicată în dificultăţile tipice ale unei familii ce funcţionează efectiv şi cărora le face faţă în mod satisfăcător.

Strategiile de restructurare, cum ar fi intervenţiile făcute în cazul familiei Brown, pot fi cel mai bine transmise descriind membrii familiei şi terapeutul ca şi cum ar fi fost roboţi cibernetici. În ciuda evidentei inactivităţi a acestei abordări de a descrie fiinţele umane sau terapia cu fiinţe umane, este singura cale în care aproape un an de tranzacţii umane complicate, în cadrul unui sistem terapeutic, pot fi comunicate în acord cu expunerea lineară logică.

Munca terapeutică cu familia Brown este foarte diferită de munca cu alte familii. Fiecare sistem terapeutic este, de fapt, unic. În cadrul unui context diferit, terapeuţii şi membrii familiei au întotdeauna experienţe diferite. Dar în spatele acestei diversităţi există reguli, deoarece, aşa cum nota şi Giovanni Guareshi, „problemele de bază ale familiei mele sunt la fel ca cele ale milioane de familii; ele rezultă din situaţia familiei bazată pe necesitatea de a adera la principii care sunt fundaţia oricărei case normale". Mai mult, numărul posibilităţilor de alăturare în situaţiile umane este finit, aşa cum este numărul strategiilor din sistemul terapeutic. Limitele umane creează un număr finit de posibile structuri sociale. Poate în viitor, prin urmare, va putea fi dezvoltată o descriere mai sistematică a familiilor şi a terapiei familiale.

Concluzie

Terapia structurală rămâne una dintre orientările de bază în terapia de familie, influenţând semnificativ munca terapeuţilor tocmai prin claritatea, dinamismul şi organizarea pe care o impune procesului terapeutic. Atât timp cât terapeutul va găsi o modalitate prin care să îmbletească elementele structuraliste cu cele ale altor orientări, într-un mod personal, eficienţa intervenţiilor sale va fi asigurată.

V.5. Terapia strategică de familie

Terapia strategică reprezintă o orientare fundamentală din cadrul mai vast al terapiilor de familie. Aşa cum am menţionat în capitolul precedent, modelul strategic s-a desprins din trunchiul mai larg al orientării comunicaţionale, alături de modelul structural şi de cel sistemic. Doi terapeuţi sunt mai frecvent amintiţi ca fiind reprezentativi pentru acest model terapeutic, şi anume Jay Haley şi Cloé Madanes. Totuşi, există mulţi alţii care sunt consideraţi teoreticieni şi terapeuţi „strategici", ca, de exemplu, Milton Erikson, Lynn Hoffman, Peggy Papp, Richard Rabkin, Richard Fisch, John Weakland, Paul Watzlawick şi Arthur Bodin. Scopul acestui capitol este de a prezenta concepţia şi practica terapiei strategice din punctul de vedere al lui Jay Haley şi Cloé Madanes.

Jay Haley, născut în 1923, este considerat unul dintre iniţiatorii acestui domeniu al terapiei de familie. Spre deosebire de alţi terapeuţi, Haley a studiat artele şi comunicarea şi mai puţin psihologia, psihiatria sau psihanaliza. El şi-a început cariera în terapia de familie lucrând cu Gregory Bateson în „Proiectul pentru Studiul Schizofreniei", preocuparea sa principală în cadrul acestui proiect fiind identificarea patternurilor de comunicare din familii. Din acest proiect s-a născut grupul faimos al celor care au înfiinţat Institutul pentru Cercetări Mintale de la Palo Alto, printre care s-au numărat şi Jay Haley, Don Jackson, John Weakland, William Fry. Influenţa lui Bateson prin ideile referitoare la cibernetică, sisteme şi comunicare este, de altfel, evidentă în terapia strategică de familie.

În 1967, Haley s-a mutat de la Institutul pentru Cercetări Mintale la Clinica de Îndrumare a Copilului din Philadelphia, în calitate de director de cercetare în terapia de familie. Aici a lucrat împreună cu Salvador Minuchin, Braulio Montalva şi Bernice Rosman. Colaborarea cu ei a facilitat împărtăşirea de idei şi eventuala convergenţă a modelelor terapiei structurale şi strategice de familie în numeroase arii.

În 1976, Haley părăseşte Clinica de Îndrumare a Copilului şi înfiinţează Institutul de Terapie de Familie din Washington, D.C., împreună cu Cloé Madanes.

Pe lângă interesul pentru terapia de familie, Haley este bine cunoscut şi pentru studierea hipnozei, el scriind mult despre munca lui Milton Erikson. Influenţa acestuia a început să se simtă din momentul în care Haley şi Weakland au început să îşi petreacă weekend-urile sub tutela lui Erikson. Ideile inovatoare, pragmatice şi curioase ale celui din urmă s-au făcut cunoscute tocmai prin cărţile lui Haley – *Strategii de psihoterapie* (1963) şi *Terapia neobişnuită* (1973). De altfel, el are 13 cărţi ca autor, coautor sau editor şi numeroase articole pe diferite teme.

Cloé Madanes a avut o educaţie profesională de orientare psihanalitică, fiind implicată în terapia personală timp de cinci ani, în Argentina. Lucrarea lui Bateson, Jackson, Haley şi Weakland despre teoria dublei legături a atras interesul ei pentru familii şi

comunicare. Astfel, în 1965 ea s-a mutat la Palo Alto şi a început să studieze terapia de familie la Institutul de Cercetări Mintale. După trei ani, Madanes s-a reîntors în Argentina, unde a lucrat ca profesor şi supervizor clinic în terapia de familie. În 1971, a revenit în SUA, la Clinica de Îndrumare a Copilului din Philadelphia, făcând echipă cu Minuchin, Haley şi Montalvo. În 1976, înfiinţează împreună cu Haley Institutul de Terapie de Familie din Washington, D.C., unde actualmente este director adjunct.

Premise conceptuale

Modelul terapeutic strategic pleacă de la ideea că orice familie reprezintă un sistem bine organizat şi structurat. Această organizare se reflectă în patternuri comportamentale caracteristice cu un înalt grad de predictibilitate. De asemenea, orice familie dispune de o organizare pe verticală, adică de o ierarhie ce se referă la influenţa pe care o exercită un membru asupra altuia. Familia convenţională, din punct de vedere strategic, se caracterizează printr-o funcţionare bazată pe legăturile dintre generaţii, iar controlul şi autoritatea sunt menţinute de părinţi. Însă alianţele, coaliţiile, formaţiile dintre grupurile din cadrul familiei şi alte părţi ale sistemului care dau unicitate familiei pot altera ierarhia convenţională.

Haley consideră familiile ca fiind funcţionale dacă acestea dispun de caracteristicile unui sistem deschis, cu graniţe bine conturate, clare care permit schimbul de informaţii în mod adecvat şi predictibil. Familiile vor fi văzute ca disfuncţionale dacă acestea neagă în mod tipic prezenţa vreunei probleme sau creează probleme acolo unde nu există nici una. Ele sunt caracterizate printr-o structură ierarhică neclară sau necorespunzătoare. Haley afirmă că „dacă există o regulă fundamentală a organizării sociale, aceasta este că organizarea are probleme atunci când se realizează coaliţii între nivelurile ierarhiei" (1976, p. 104). Când un asemenea pattern comportamental se cristalizează într-o familie, aceasta este blocată într-o stare de confuzie sau ambiguitate şi de aceea este foarte probabil ca unul dintre membri să dezvolte un comportament simptomatic.

Se simte aici o puternică influenţă din partea lui Minuchin; într-adevăr, simptomele reprezintă indicii despre faptul că structura ierarhică a familiei este confuză şi necesită o restructurare, iar problemele sunt percepute în termeni de triade sau triunghiuri patologice.

O altă idee de bază a modelului terapeutic strategic este că în orice familie există un sistem de reguli care o guvernează, iar pentru ca familia să fie înţeleasă mai bine este necesar să se descifreze şi să se înţeleagă specificul regulilor ei. După cum se observă, noţiunea de „sistem" este fundamentală pentru terapia strategică – sistemul familial, sistemul de reguli familiale –, de unde şi includerea, după unii teoreticieni ai domeniului, a acestei orientări terapeutice în cadrul terapiilor de tip sistemic.

Regulile în familie se stabilesc, de multe ori, în urma unor dispute privind controlul, puterea. În familiile aflate sub stres, aceste dispute se soldează uneori cu eşec deoarece ele tind mai degrabă să se concentreze asupra ideii de „cine face regulile" şi mai puţin „care ar fi cele mai potrivite reguli pentru noi". De aceea, familiile care ajung la terapie dau dovadă de rigiditate şi încăpăţânare în restabilirea şi schimbarea, atunci când condiţiile o impun, a structurilor interacţionale ale familiei.

Haley (1976) vede problema ca „un tip de comportament care este parte a unei secvenţe de acte dintre câteva persoane" (Haley, 1976, p. 2). Simptomul (de exemplu, depresia, fobia, enurezisul etc.) este văzut ca un mod de comunicare şi adaptare în cadrul relaţiilor interumane perturbate. În aceste relaţii interumane este inclus şi terapeutul în

momentul în care el a definit situaţia problematică. Este vorba, de fapt, de o redefinire a problemei, şi nu de o simplă definire, uzând de diagnosticele psihologice sau psihiatrice obişnuite, deoarece a eticheta pe cineva drept „depresiv", „schizofren" sau „delincvent" înseamnă a participa la crearea unei probleme ce trebuie rezolvată de către terapeut. Dar etichetarea produce mai curând o nouă problemă decât ajută la rezolvarea situaţiei respective. Astfel că influenţa lui Erickson, care afirma că „oamenii vin la mine cu probleme pe care ei nu le pot rezolva. Eu le dau probleme pe care ei le pot rezolva", se simte atunci când terapeutul strategic redefineşte problema familiei. „Depresia" este mai dificil de rezolvat decât „lenea", iar „dificultatea de a găsi o slujbă" e mai puţin dificilă decât „schizofrenia".

Această abordare a situaţiei implică o distincţie între probleme prin apelarea la diagnostic sau prin caracterizarea individuală sau a familiei într-un anumit mod. Criteriile de diagnosticare psihiatrică sau psihologică sunt uzuale, dar cel mai important lucru pe care trebuie să îl facă terapeutul este prezentarea problemei astfel încât ea să poată fi rezolvată.

Acest lucru este cu atât mai util cu cât, tot în spiritul gândirii sistemice, adepţii terapiei de tip strategic consideră că simptomul sau problema pentru care familia se prezintă la terapie joacă un rol important pentru menţinerea echilibrului acelei familii, adică are o anumită funcţie de adaptare. Problema prezentată este preocuparea sau aspectul identificat de familie şi pe care aceasta doreşte să-l schimbe. Acest aspect va deveni centrul terapiei şi, în definiţia lui Haley amintită mai sus, reprezintă acel comportament care este parte a unei secvenţe de acte dintre persoane. Această secvenţă comportamentală serveşte la definirea naturii relaţiei şi, de cele mai multe ori, priveşte aspecte legate de control. În felul acesta, simptomele sunt văzute ca deţinând o anumită funcţie în sistemul familial, pentru că ele sunt o modalitate de a câştiga controlul asupra celorlalţi membri ai familiei. De aceea, o întrebare terapeutică frecventă este „Ce funcţie are acest simptom în sistemul familial?".

De exemplu, dacă în familie există o persoană depresivă, Haley, în loc să privească depresia ca manifestare a unor predispoziţii în condiţii de stres, va considera şi va ghida familia să înţeleagă, să conştientizeze că depresia a fost cea mai potrivită reacţie a membrului respectiv în momentul şi situaţia în care se află.

Condiţiile ce impun schimbări în stilul interacţional din cadrul familiei sunt evenimentele normale, aşteptate din viaţa unei familii, dar şi cele mai puţin aşteptate: căsătoriile, naşterile (în special naşterea primului copil), reducerea mărimii familiei (decesul unui membru sau plecarea copiilor de acasă), vârsta înaintată etc. Toate aceste evenimente constituie tot atâtea surse de stres, cărora familiile le pot face faţă mai eficient sau mai puţin eficient. În acest ultim caz, ele vor apela la sprijin terapeutic.

Am discutat în capitolul referitor la terapia comunicaţională despre două niveluri de comunicare: digitală şi analogică. Amintim, pe scurt, că prima constă în „acea clasă de mesaje în care fiecare afirmaţie are un referent specific şi numai unul. Ceva se întâmplă sau nu se întâmplă; există un stimul şi un răspuns... Dacă A şi numai dacă A, atunci Z şi numai Z" (Haley, 1987, p. 91). Acest tip de comunicare este în înalt grad tehnic, formal şi orientat spre conţinut. Al doilea nivel se referă la asemănarea unui lucru cu altul, are mai mulţi referenţi, este o comuniçare în înalt grad nonverbală, informală şi contextuală. În terapia strategică se consideră că problemele apar când comunicarea digitală este aplicată în interacţiunile umane, deoarece multe mesaje se pierd. În ce priveşte comunicarea analogică, ea se transmite prin metaforele de familie, limbajul

trupului şi simbolism. Este deci evident că dacă dorim să conceptualizăm şi să intervenim în contextul relaţional familial, este obligatoriu să înţelegem şi să acceptăm comunicarea analogică dintre membrii familiei respective.

Este important, considerăm, să subliniem că în acest model terapeutic se evită etichetele diagnostice care sugerează patologia unui singur membru al familiei. În momentul în care familia se prezintă în terapie, evaluarea acesteia va presupune o continuă observare a dinamicii relaţionale. „Problemele" sau simptomele, în viziunea strategică, sunt văzute ca reprezentative pentru dinamica relaţională.

De exemplu, în cazul unui bărbat depresiv care nu are serviciu se presupune că problema se află în modul de comunicare, adică acesta şi soţia sa (sau mama şi tatăl, copiii etc.) comunică după anumiţi parametri specifici, cum ar fi felul în care soţia îşi apreciază soţul şi munca sa ori felul în care soţul îndeplineşte dorinţele soţiei sau ale mamei sale ş.a.m.d. Este posibil ca acest cuplu să fi devenit instabil din cauza unui simptom dezvoltat de copil şi care să îl ţină pe tată activ şi implicat în îngrijirea copilului, făcându-l astfel să nu se mai simtă depresiv şi incompetent. Apariţia unui astfel de comportament metaforic se prezintă ca o soluţie de moment, găsită în dinamica familiei sau a cuplului respectiv, şi nu găsită doar de bărbat/soţ.

Se va începe cu formularea unor ipoteze cu privire la această dinamică, iar ele vor fi testate şi revizuite în cazul în care este necesar. Atenţia terapeutului se va concentra pe patternurile de comportament al membrilor familiei, pe coaliţiile şi alianţele din interiorul sistemului familial, pe nivelurile de comunicare şi pe putere. Ipotezele se testează prin observarea atentă şi continuă a familiei. Dacă este necesar, ele se vor revizui.

Ipotezele facilitează stabilirea unui diagnostic; acesta este conturat ca secvenţe interacţionale între membrii familiei, secvenţe care pun probleme şi împiedică adaptarea cu succes la condiţiile de viaţă. Diagnosticul este iniţiat prin intermediul unei intervenţii terapeutice, iar apoi prin observarea modului în care familia reacţionează la acţiunea terapeutului. Este nevoie să se acorde o mare importanţă acelor strategii de intervenţie care au cea mai mare şansă de a întrerupe patternurile care menţin simptomul.

Scopurile terapiei strategice de familie

După Haley (1987), primul scop al terapeutului, considerat chiar o obligaţie, este de a modifica problema pe care o prezintă familia. „Dacă acest lucru nu se realizează, atunci terapia este un eşec", afirmă Haley (1987, p. 135). El adaugă şi că, „prin focalizarea asupra simptomelor, terapeutul câştigă cea mai mare influenţă şi are cea mai mare posibilitate de a aduce schimbarea" (p. 135). De altfel, aici există o diferenţă între scopul orientării strategice a Institutului pentru Cercetări Mintale (MRI) de la Palo Alto şi cel al lui Haley. Acesta din urmă nu se opreşte doar la modificarea problemei prezente, cum face grupul MRI, ci merge mai departe, dorind să altereze dinamica relaţională asociată cu comportamentul simptomatic. După cum se poate observa, în terapia strategică nu se urmăreşte ca familia să realizeze un *insight* referitor la procesele interacţionale, ci să depăşească criza actuală relaţională pentru a trece la un nou stadiu de dezvoltare.

Procesul terapeutic

Modelul strategic de familie se distinge prin pragmatismul, durata scurtă şi directivitatea procesului său terapeutic. Obiectivul terapeutului fiind acela de a întrerupe secvenţele

comportamentale habituale ce au provocat şi menţinut problema familiei, schimbarea se va produce atunci când terapeutul va interveni activ pentru a altera patternurile interacţionale tipice. Haley menţionează: „Când avem de-a face cu un sistem determinat, homeostazic, care este menţinut de secvenţe comportamentale repetitive, terapeutul schimbă aceste secvenţe prin modificarea modului în care oamenii îşi răspund unii altora ca urmare a modului în care ei trebuie să îi răspundă terapeutului" (Haley, 1987, p. 186).

Pentru a produce schimbarea, Haley consideră că terapeutul trebuie să se întâlnească cu toată familia. Acest fapt îi va permite terapeutului să sesizeze patternurile comportamentale, structura familiei şi implicarea fiecărui membru, să aibă control asupra procesului terapeutic, să implice toţi membrii familiei şi să definească problema ca aparţinând întregii familii şi nu doar unui singur membru.

De asemenea, modelul strategic, fiind construit pe metafora puterii, implică un singur terapeut în lucrul cu familia (nu o echipă, aşa cum vom întâlni în modelul sistemic al Şcolii de la Milano). Astfel, terapia va începe mai rapid şi mai eficient şi se va obţine mai repede un control asupra situaţiei. Totuşi, un alt terapeut sau o echipă poate observa lucrul terapeutic din spatele unei oglinzi şi atunci el ori echipa va oferi un ajutor important prin anumite *insight*-uri asupra structurii familiei sau crearea unor instrucţiuni ce urmează a fi date familiei.

Aşa cum sintetizează Walsh şi McGrow (1986), există cinci stadii de bază ale procesului terapeutic de orientare strategică (ele trebuie să apară toate în prima şedinţă):

1. Stabilirea relaţiei terapeutice presupune stabilirea unei relaţii de încredere între familie şi terapeut, fapt care este crucial în desfăşurarea eficientă a procesului schimbării. Terapeutul se alătură sistemului familial prin întâmpinarea şi interacţiunea cu fiecare membru al familiei. De obicei, părinţii sunt primii implicaţi, după care sunt rugaţi să-şi prezinte copiii. Acest stil de lucru permite terapeutului să identifice structura ierarhică.
2. Clarificarea problemei prezente înseamnă a înţelege clar cine este implicat în menţinerea problemei şi cum se întâmplă acest lucru. Terapeutul roagă, în acest scop, fiecare membru să descrie problema. Acum, strategia prin care aceste informaţii sunt culese este extrem de importantă. Ea poate şi chiar ar trebui să difere în funcţie de particularităţile familiei. De exemplu, dacă terapeutul se adresează celui mai puţin implicat copil, el va demonstra importanţa fiecărui membru al familiei. Este, de asemenea, necesar ca problema să fie definită nu doar clar, ci şi specific, adică în termeni observabili şi măsurabili, astfel încât familia va şti când va avea succes în încercările ei de a schimba patternurile.
3. Interacţiunea se referă la observarea atentă de către terapeut a stilului interacţional al familiei, astfel încât să poată evalua funcţionarea sistemului familial. De exemplu, terapeutul poate încuraja un copil să manifeste comportamentul simptomatic în timpul şedinţei pentru a observa dinamica disfuncţională a familiei, cum ar fi graniţe difuze sau rigide, coaliţii şi triunghiuri.
4. Stabilirea scopurilor de viitor presupune ca terapeutul să asiste familia în a descrie cum va arăta viaţa lor la sfârşitul procesului terapeutic. Apoi, o perspectivă uşor diferită sau chiar un rezumat al scopului familiei poate fi prezentat de terapeut familiei pentru a începe să restructureze problema prezentă. În final, se pot utiliza contracte verbale sau scrise pentru a formaliza scopurile specifice. Aceste contracte au rolul de a stimula şi menţine motivaţia familiei pentru schimbare.

5. Dezvoltarea unui plan – acest plan va lua în calcul ierarhia disfuncţională şi stadiul familiei în ceea ce priveşte ciclul vieţii. Terapeutul va hotărî modul de realizare a scopurilor. El va apela la instrucţiuni clare pentru a crea noi comportamente. Instrucţiunile pot fi repetate de-a lungul şedinţei, dar este nevoie să fie transferate şi în viaţa reală. Trebuie ţinut cont că intervenţiile terapeutice, chiar dacă sunt aplicate corect de către familie, nu conduc direct la atingerea scopului familiei. De aceea, se poate apela la paşi intermediari, adică la trecerea de la un tip de organizare anormală la altul şi abia mai târziu să se obţină o organizare normală (Hoffman, 1981). De exemplu, dacă mama şi copilul sunt extrem de legaţi unul de celălalt, tatăl fiind la periferie, primul pas poate fi acela de a trece întregul control asupra tatălui, mama fiind exclusă. Acesta este un sistem anormal, dar de la el se va putea trece la un sistem normal. Sau, într-o familie obişnuită cu un sistem în care copilul cel mare are atribuţiile unui părinte, există posibilitatea de a o supraîncărca pe mamă, determinând-o să preia şi sarcinile copilului. Această schimbare eliberează copilul suprasolicitat şi creează premisele schimbării acestei noi situaţii anormale într-una mai acceptabilă (Haley, 1976, pp. 122-123).

În general, procesul terapeutic de tip strategic implică întâlnirea cu întreaga familie în şedinţe săptămânale, de regulă fiind între şase şi zece şedinţe. Cu alte cuvinte, este vorba despre o terapie de scurtă durată. Evident, spre sfârşitul tratamentului, şedinţele pot fi distanţate în timp (de exemplu, una sau două şedinţe pe lună). De asemenea, din procesul terapeutic se consideră că face parte şi şedinţa ori şedinţele posttratament (adică la intervale mult mai mari de timp, după ce s-a luat de comun acord decizia ca terapia să se încheie).

Tehnicile terapiei strategice

În terapia de tip strategic, tehnicile reprezintă un element de bază şi constau în instrucţiuni care iniţiază sau menţin schimbarea. Ele îndeplinesc trei funcţii de bază în cadrul procesului terapeutic:

- încurajarea schimbării comportamentului şi a introducerii de noi experienţe subiective pentru membrii familiei;
- intensificarea relaţiei terapeut – client prin utilizarea sarcinilor;
- obţinerea unor informaţii utile despre familie prin observarea răspunsului familiei la instrucţiuni.

La rândul ei, familia poate avea trei tipuri de răspunsuri:

- să realizeze instrucţiunile cu succes;
- să realizeze instrucţiunile parţial;
- să reziste instrucţiunilor.

Natura răspunsului familiei va avea impact asupra viitoarelor instrucţiuni. De exemplu, terapeutul poate folosi o instrucţiune paradoxală dacă familia a rezistat la instrucţiunile directe anterioare.

Iată mai în detaliu tipurile de tehnici folosite de modelul terapeutic strategic de familie:

1. *Instrucţiunile directe* reprezintă sarcini desemnate să schimbe secvenţa interacţională din interiorul familiei. Ele includ sfaturi, explicaţii sau sugestii cu privire la ce trebuie să facă membrii familiei şi sunt urmate de o perioadă de aşteptare pentru a constata dacă familia urmează instrucţiunile sau nu. Madanes (1981) afirmă că „scopul instrucţiunilor directe este de a modifica secvenţele de interacţiune din familie".

Intervenţiile directe (sau indicaţiile) pot fi :

- directe sau întortocheate ;
- simple, când implică una sau două persoane, ori complexe, când implică întreaga familie.

Intervenţiile directe pot fi utilizate pentru :

- a implica membri ai familiei care până atunci nu au fost implicaţi (erau marginalizaţi) ;
- a susţine acordul şi sentimentul de bine ;
- a spori schimburile pozitive dintre membri ;
- a asigura informaţia şi a ajuta familia să se organizeze într-un mod mai funcţional, mai eficient.

Acest proces poate implica stabilirea de reguli, definirea graniţelor dintre generaţii şi precizarea scopurilor individuale şi a planurilor de realizare a acestora. Pentru a stimula cooperarea familiei pentru urmarea instrucţiunilor, Haley sugerează terapeuţilor :

- să fie precişi ;
- să-l pună pe fiecare membru al familiei să facă ceva ;
- să înceapă cu sarcini mici în timpul şedinţei, pe care familia să le poată continua acasă ;
- să anticipeze ce poate merge prost ;
- să structureze o sarcină care să se potrivească cu nivelul de performanţă al familiei.

Haley sugerează că o instrucţiune directă se poate referi şi direct la problema pentru care familia a venit la terapeut, cum ar fi trimiterea copilului la şcoală. Dacă această strategie nu funcţionează, terapeutul va apela la un plan alternativ. Cu cât scopul terapiei şi problema sunt mai clare, cu atât elaborarea instrucţiunilor directe (şi nu doar a acestora) este mai facilă.

Prezentăm mai jos câteva instrucţiuni directe oferite de Haley familiilor pe care le-a abordat.

Unui tată care se izolează cu fiica cea mică, enuretică, împotriva mamei, i se cere să spele lenjeria de pat. Această instrucţiune va duce la descurajarea tatălui sau la păstrarea lenjeriei în stare curată.

O mamă care se simţea incapabilă să-şi ţină sub control băieţelul de 12 ani spunea că a hotărât să îl trimită la o şcoală militară, deoarece altceva nu se mai putea face pentru el. Terapeutul a sugerat că băiatul nu ştie cu adevărat ce înseamnă o şcoală militară, aşa că ar fi corect din partea mamei să încerce să-l obişnuiască pe băiat cu rigoarea unei astfel de instituţii înainte de a-l trimite acolo. Mama a fost de acord şi, în urma indicaţiilor terapeutului, a început să-şi înveţe copilul să asculte, să fie politicos, să-şi facă patul în fiecare dimineaţă devreme. Totul se desfăşura ca un joc între mamă şi copil, ea fiind sergentul, iar copilul, soldatul. După două săptămâni, copilul se comporta suficient de bine, astfel încât mama sa nu a mai considerat necesar să îl trimită la şcoala militară. Ea a găsit o cale de a se apropia de fiul ei încât să îi poată comunica ceva, iar el să poată înţelege ce i se cere.

2. *Instrucţiunile paradoxale* presupun sarcini în care succesul se bazează pe faptul că familia nu respectă instrucţiunile sau le urmează până la un punct extrem şi, în final, dă înapoi, fapt ce produce schimbarea. În mod tipic, acest tip de instrucţiuni sunt oferite familiei în momentul în care terapeutul are motiv să creadă că aceasta va rezista

instrucţiunilor directe. De exemplu, unei mame i se poate indica să se consulte cu fiul său înainte de a discuta cu tatăl. În felul acesta, în mod paradoxal, se urmăreşte blocarea coaliţiilor trans-generaţionale, tocmai prin exagerarea ei, şi realinierea structurii familiale.

Haley descrie opt paşi necesari pentru prezentarea instrucţiunilor paradoxale:

- stabilirea unei relaţii de încredere cu familia;
- definirea problemei în termeni clari, observabili;
- stabilirea scopurilor specifice, comportamentale;
- construirea unui plan care să fie prezentat familiei într-un stil precis, autoritar;
- descalificarea autorităţii prezente asupra problemei;
- prezentarea instrucţiunilor paradoxale într-o manieră sinceră;
- încurajarea comportamentului simptomatic;
- evitarea creării unei atmosfere care să sugereze că terapeutul nu acordă credit schimbării familiei sau că îşi exprimă confuzia referitoare la îmbunătăţirea situaţiei în care se află familia.

Iată un exemplu din cazuistica lui Haley.

O mamă vine la consultaţie deoarece fiul ei de 10 ani incendia diferite lucruri. Era unul dintre gemeni şi cel mai mare dintre cei cinci copii. Familia a avut şi alte probleme serioase. Tatăl tocmai îi părăsise şi se mutase în alt oraş. Mama nu mai primea nici un suport material din partea lui. Ea era portoricană, nu vorbea engleza şi nu ştia cum să ceară ajutorul de care avea nevoie. Mama nu dorea să îşi lase copilul singur, fiindcă îi era frică să nu dea foc la casă.

La prima şedinţă, terapeutul a dat băiatului o cutie cu chibrituri şi i-a cerut să aprindă unul, iar mamei să facă ceea ce făcea de obicei când îl vedea pe el aprinzând chibrituri. După aceea, terapeutul a părăsit camera pentru a observa scena prin intermediul unei oglinzi unidirecţionate. Băiatul a aprins chibritul, iar mama l-a luat şi l-a ars pe băiat cu el. În felul acesta, creând o ţintă pentru supărarea ei, băiatul îşi ajuta mama. El era acel cineva pe care ea îl putea învinovăţi şi pedepsi.

Terapeutul i-a spus copilului că mama o să îl înveţe cum să aprindă chibriturile şi cum să pună chibritul ars în scrumieră. Apoi i-a cerut mamei să aprindă câteva hârtii în scrumieră şi să se prefacă că îşi dă foc. Atunci, fiul ei va trebui să o ajute, turnând apă peste foc. Băiatul trebuia să îi arate mamei că ştie să facă ceea ce i-a explicat. Ceilalţi copii puteau să privească, dar să nu intervină în nici un fel. Terapeutul i-a cerut mamei să repete această scenă, în fiecare seară, timp de o săptămână. Cuminte, băiatul îşi ajuta mama „speriind-o" cu focul; acum o ajută deoarece el este „expert" în foc. Când băiatul dădea foc, în mod neaşteptat, la diferite lucruri, el ocupa o poziţie superioară mamei. În momentul în care el a fost direcţionat să facă focul, a coborât în ierarhia familiei, sub poziţia mamei.

Când familia a revenit pentru a doua şedinţă, o săptămână mai târziu, băiatul nu mai avea tendinţe piromane. Ei au trecut prin aceeaşi procedură, dar de data asta au făcut focul în coşul de gunoi. Terapeutul a discutat cu copilul despre diferite moduri de a incendia. Apoi i-a spus mamei că, deoarece fiul ei a învăţat să folosească focul, el va trebui să aibă privilegiul, pe care ceilalţi copii nu îl au, de a face focul acasă. Mama a fost de acord şi s-a arătat încrezătoare în faptul că fiul ei nu va mai incendia nimic. Terapia s-a desfăşurat în continuare timp de două luni cu mama, dar pe alte probleme.

3. *Reîncadrarea* este o intervenţie în care terapeutul oferă o perspectivă diferită (de regulă neculpabilizatoare şi pozitivă) asupra problemei prezente. Ea permite membrilor familiei să gândească şi să se comporte diferit în cadrul noului context. Această tehnică

o întâlnim şi în alte tipuri de psihoterapie sub denumirea de reetichetare, interpretare pozitivă, reformulare, reatribuire sau conotaţie pozitivă. De exemplu, anorexia unei adolescente poate fi redenumită „încăpăţânare" sau „dorinţă puternică de independenţă".

4. *Prescrierea simptomului* este un tip de intervenţie paradoxală în care clientul este îndrumat să manifeste comportamentul simptomatic. Dacă ea este urmată, se demonstrează că simptomul este sub control voluntar, iar dacă nu este urmată, adică se rezistă instrucţiunii, se demonstrează că se poate renunţa la simptom. De exemplu, dacă slujba tatălui dă „dureri de cap" şi copilul dezvoltă dureri de cap (exprimând metaforic problema tatălui), de regulă părinţii se vor axa pe problema copilului. Asta înseamnă că tatăl va uita de propria problemă, iar el şi mama vor avea cu copilul o relaţie de ajutor benevol reciproc: copilul şi simptomul lui îi vor ajuta pe părinţi, iar părinţii, la rândul lor, vor încerca să îndepărteze, e drept, fără rezultat, simptomul. O cale de a rezolva problema este ca părinţii să încurajeze copilul să aibă simptomul. În acest mod, relaţia de ajutor a copilului şi părintelui va fi blocată, pentru că simptomul nu va mai funcţiona pentru a ajuta părinţii şi pentru a cere ajutor din partea lor.

5. *Tehnicile „prefacerii"* presupun intervenţii paradoxale în care clienţii sunt îndrumaţi să se „prefacă" că manifestă simptomul. În mod paradoxal, deoarece comportamentul a fost rezultatul prefăcătoriei, simptomul poate fi redenumit ca fiind „voluntar" şi „nereal", iar astfel poate fi alterat (Goldberg, Goldberg, 1991). De exemplu, unui copil care prezintă dureri de cap pentru a atrage atenţia familiei i se poate sugera să se prefacă uneori că îl doare capul, tocmai pentru a vedea care va fi reacţia părinţilor. Părinţii, la rândul lor, nu vor mai şti când copilul lor se preface şi când are cu adevărat dureri, aşa că este foarte probabil ca ei să îşi diminueze reacţiile supraprotective. Madanes a fost cea care a dezvoltat tehnicile prefacerii în care foloseşte umorul şi fantezia, extrem de utile în diminuarea rezistenţelor familiei.

6. *Reţinerea (Înfrânarea) schimbării* reprezintă intervenţii paradoxale în care terapeutul încearcă să descurajeze familia de la a se mişca prea repede în direcţia schimbării comportamentelor sau chiar neagă schimbarea ori posibilitatea ei. Această tehnică se foloseşte şi atunci când familia urmează întocmai o sarcină paradoxală, iar terapeutul va fi sceptic cu privire la rezolvarea problemei sau chiar va prescrie o revenire la simptom/problemă. De exemplu, unei familii în care băiatul manifestă tulburări de comportament, i se poate spune că dacă el va renunţa la astfel de acte, vor apărea alte tipuri de probleme în familie şi că ei, probabil, ar dori să evite acest lucru.

7. *Încercările dificile* sunt un alt tip de intervenţii paradoxale în care familiei i se dau sarcini pentru realizarea cărora îi va fi mai greu să păstreze simptomul decât să renunţe la el. De exemplu, soţul este rugat să se poarte foarte frumos cu o soacră hipercritică; este o sarcină suficient de dificilă pentru ca ea să renunţe la simptomul ei.

8. *Sarcinile metaforice* reprezintă instrucţiuni care implică activităţi sau conversaţii referitoare în mod simbolic la problema prezentă, şi, astfel, indirect, se facilitează schimbarea. De exemplu, membrilor unui cuplu cu dificultăţi sexuale li se cere să îşi descrie preferinţele pentru consumarea unei mese de seară care, în plan simbolic, reprezintă consumarea unui act sexual. Sau, unor părinţi li se cere să discute despre modul în care o orchestră poate fi dirijată de doi dirijori care au o concepţie diferită atât despre muzică, cât şi despre interpretarea ei de către orchestră. Evident, metaforic, ei vorbesc despre cum pot conduce împreună familia lor.

După cum se poate observa din tehnicile descrise, terapia strategică cere terapeutului multă creativitate în conceperea şi implementarea instrucţiunilor, dacă acesta doreşte ca intervenţiile sale să aibă succes. De asemenea, el trebuie să dispună şi de flexibilitate, tocmai pentru a putea varia tehnicile, astfel încât acestea să se potrivească fiecărei familii cu care se află în contact la momentul potrivit. Mai mult, terapeuţii de orientare strategică sunt adepţii ideii: „dacă o strategie nu dă rezultate, schimb-o!". Astfel, ei pregătesc pentru familie o strategie, dar, dacă aceasta nu dă rezultate în câteva şedinţe, vor apela la o strategie nouă, fără a consuma timp pentru a găsi cauzele insuccesului.

Eficienţa terapiei strategice de familie a fost dovedită nu doar de către iniţiatorii şi susţinătorii ei. Alexander şi Parsons, în urma unor cercetări ce vizau tratamentul psihoterapeutic al delincvenţilor, au comparat terapia strategică cu cea centrată pe client, cu o terapie eclectic-dinamică şi cu un grup de control căruia nu i s-a aplicat nici un tratament. Rezultatele au arătat că modelul strategic a avut rezultate considerabil superioare în comparaţie cu celelalte modele, prin faptul că recidivismul a fost redus la jumătate. Restul tipurilor de terapie nu au avut rezultate semnificative.

De asemenea, alte studii realizate de Machotka şi Flomenhaft (1971), Weakland, Fisch, Watzlawick şi Bodin (1974), Gurman şi Kniskern (1981) au demonstrat eficacitatea terapiei strategice. Astfel, în acest sens, Gurman şi Kniskern (1981) afirmă:

> O orientare strategică spre terapia de familie arată fie (a) rezultate substanţial mai bune, fie (b) o speranţă considerabilă când este comparată cu alte câteva forme (standard) de tratament. Acest lucru este adevărat mai ales atunci când este luată în considerare problema eficienţei costului. (p. 369) (*apud* Walsh, McGrow, 1986)

Vă prezentăm mai jos două studii de caz pentru exemplificare, ambele abordate în manieră strategică.

Studii de caz

I. Un băiat de 12 ani a fost adus la terapie deoarece făcea în pat aproape în fiecare noapte, cauza organică fiind exclusă. Mama a fost internată o dată pentru depresie. Tatăl lucrează şi peste program, iar mama este supărată de lipsa lui de interes şi de faptul că este atras şi de alte femei. Terapeutul şi observatorul emit ipoteza că modul de comportare a copilului este expresia metaforică a comportamentului impropriu al tatălui în pat şi le distrage atenţia părinţilor de la celelalte probleme pe care le au. Datorită simptomului băiatului, mama s-a centrat mai mult pe problema acestuia decât pe propria depresie şi a putut să-l facă pe tată să petreacă mai mult timp cu fiul său, iar astfel să îl ajute în loc să-l cicălească pentru a petrece mai mult timp cu ea. Tatăl a putut să discute cu ea despre problema băiatului, indirect, de fapt, despre comportamentul impropriu şi despre dificultăţile maritale. Mama şi tatăl au avut posibilitatea de a judeca ce crede fiecare despre celălalt discutând despre băiat. În acest fel, copilul şi-a ajutat ambii părinţi.

Iată care au fost paşii terapeutici:

1. Terapia începe prin a-i cere tatălui să rezolve problema fiului. Dacă fiul face în pat, atunci tatăl, şi nu mama, va trebui să spele aşternutul. Tatăl va trebui să cumpere un ceas deşteptător pentru fiu, pentru ca acesta să se poată trezi noaptea şi să meargă la baie. Tatăl trebuie să îşi recompenseze fiul de fiecare dată când acesta nu face în pat. Tatăl nu îi spune fiului ce aşteaptă de la el, fiindcă acesta o să se scuze şi întotdeauna va promite că data viitoare va face ceea ce se aşteaptă de la el.

2. După câteva săptămâni, terapeutul îi spune tatălui că, deoarece nu a făcut ceea ce a promis, el va trebui să asigure un tratament pentru simptomul fiului său. Tatăl este de acord, iar terapeutul îl sfătuieşte ca în fiecare seară să-i dea fiului său un pahar mare cu apă, să îl ducă în camera acestuia şi să îi ceară să urineze în pat intenţionat şi să se culce în patul ud. El trebuie să stea cu fiul său în dormitor până ce acesta udă patul şi se culcă în aşternuturile ude. Acest lucru se va repeta în fiecare seară, timp de o săptămână.
3. Familia se întoarce după o săptămână, iar tatăl povesteşte despre dilema de a impune fiului său să se culce în patul ud. El spune că s-a simţit ca Abraham când Dumnezeu i-a cerut să-şi sacrifice propriul fiu. Afirmă că băiatul a plâns şi l-a implorat să nu-i spună să ude patul. Tatăl declară că acum înţelege ce anume a urmărit terapeutul. El a petrecut o mare parte din timpul său din acea săptămână cu băiatul lui şi chiar a absentat o dată de la lucru. Băiatul nu a mai urinat în ultimele patru nopţi şi, ca recompensă, a absentat de la o reuniune de familie şi a participat la un eveniment sportiv organizat la şcoală. Tatăl continuă afirmând că vrea să-şi ajute fiul în propriul său fel, petrecând mai mult timp cu el, stând de vorbă cu el. Întrucât starea băiatului s-a îmbunătăţit, terapeutul a fost de acord. Fiul nu a mai făcut în pat, iar cuplul a petrecut câteva şedinţe discutând despre mariajul lor.
4. Tatăl explică faptul că a fost iresponsabil şi constrângător în relaţiile sale cu alte femei; el afirmă că era ca un „un motan în călduri". Părinţii au început să aibă o viaţă sexuală regulată şi se bucurau de acest lucru, întrucât tatăl nu-şi mai manifestase interesul sexual faţă de soţie de un an şi jumătate.

Terapia s-a terminat cu o mai bună relaţie între soţ şi soţie. De-a lungul procesului terapeutic, mama s-a lăsat de fumat şi fiul a luat Ritalin – pe care ar fi trebuit să îl ia mai de timpuriu din cauza hiperactivităţii sale. Comportamentul său s-a îmbunătăţit semnificativ, iar părinţii nu l-au mai considerat hiperactiv.

II. Personalul dintr-un departament de psihiatrie infantilă al unui spital universitar a recomandat spitalizarea unui băiat de 5 ani care avea accese de furie şi despre care mama sa spunea că nu-l poate controla. După ce mama a urmat toate procedurile de internare, tatăl a refuzat spitalizarea şi era foarte supărat pe personalul spitalului pentru sugestia dată. El era tatăl vitreg al băiatului, dar îl adoptase legal. Băiatul mai avea o soră de 2 ani. Mama s-a întors la spital cerând ajutor pentru copil, ca pacient neinternat, iar cazul a fost preluat de cei care se ocupau de terapia de familie. Era evident faptul că terapeutul avea nevoie de multă îndemânare în stabilirea relaţiei cu tatăl, care anterior subminase orice încercare a personalului de a ajuta băiatul. Tatăl nu a putut veni la prima şedinţă, deoarece nu a putut să plece de la lucru. Mama şi cei doi copii au fost însă prezenţi.

Mama era foarte tânără, frumoasă şi copilăroasă. Ea privea neajutorată ori de câte ori băiatul îşi lovea sora, ori de câte ori acesta încerca să îi ia una dintre jucării. Când terapeutul i-a spus băiatului că loviturile nu făceau parte din şedinţă, el s-a oprit. Cei doi copii erau foarte frumoşi şi răutăcioşi, iar mama se uita la ei cu teamă şi mirare, ca şi când nu-i venea să creadă că erau ai ei şi ca şi când nu ştia ce să facă cu ei. Ea lucra câteva ore pe zi (seara), pe post de chelneriţă, pentru a îmbunătăţi situaţia financiară a familiei. În timpul acesta, copiii stăteau cu o baby-sitter şi o parte din timp cu tatăl. Nici unul dintre aceştia nu se plângea de comportarea băiatului. Doar învăţătoarea băiatului.

Terapeutul i-a cerut băiatului să simuleze un acces de furie chiar în timpul şedinţei pentru a-i arăta şi lui cum se manifestă. Copilul a spus: „Oh, o să fiu incredibilul Hulk!" (un popular serial de televiziune, în care un doctor drăguţ se transformă într-un personaj cu puteri extraordinare. De fiecare dată când se întâmplă o nedreptate, el îşi foloseşte puterea pentru a îndepărta răul). Băiatul şi-a umflat pieptul, şi-a îndoit mâinile, a făcut o faţă urâtă şi a început să ţipe şi să lovească mobila. Mamei i s-a cerut să facă ce făcea de obicei. A încercat să-şi oprească băiatul şi să-l calmeze într-un mod ineficient, neautoritar. Ea a încercat să simuleze că îi vorbeşte şi că îl duce în altă cameră, aşa cum încerca şi acasă, dar eşua de obicei, deoarece el urlă şi loveşte uşa, iar ei îi este frică de vecini (care ar putea auzi şi ar putea să o denunţe pentru abuz împotriva copilului). Terapeutul a întrebat-o pe mamă dacă jocul copilului a fost bun şi ea a răspuns că simularea a fost realistă. Atunci terapeutul a cerut copilului să repete scena. De data aceasta, copilul a spus că o să fie „monstrul Frankenstein" şi a început să se prefacă din nou, dar de data aceasta corpul său era mai rigid şi faţa schimbată.

Terapeutul a discutat cu copilul despre Frankenstein, despre Hulk şi despre programele TV favorite. El a felicitat-o pe mamă pentru că a crescut un copil aşa de inteligent şi cu o imaginaţie aşa de bogată.

În şedinţă, terapeutul a cerut mamei şi fiului să simuleze că băiatul are un acces de furie şi că mama îl duce în altă cameră. Acolo ei se prefac că închid uşa, se îmbrăţişează şi se sărută. Băiatul a fost încurajat să se comporte ca incredibilul Hulk. Au făcut acest exerciţiu de două ori. Apoi, terapeutul i-a cerut mamei să se prefacă că ea are un acces de furie. Băiatul trebuia să o îmbrăţişeze, să o sărute şi să o calmeze. Ambele scene au fost jucate bine şi cu plăcere de amândoi. Terapeutul le-a cerut să execute aceste scene acasă în fiecare dimineaţă, înainte ca băiatul să plece la şcoală. Simularea se încheia când amândoi mergeau la bucătărie şi mâncau lapte şi prăjituri. De asemenea, la prânz, când băiatul venea de la şcoală, ei reluau scenele, încheind din nou cu lapte şi prăjituri. Mama ţinea o evidenţă a comportării băiatului (o faţă fericită pentru o zi bună, o faţă tristă pentru o zi rea).

În următoarea săptămână, mama a sunat şi a spus că nu mai este nevoie să vină la şedinţă, deoarece băiatul se comportă foarte bine şi nu mai are accese de furie. În timpul următoarelor săptămâni, băiatul a continuat să aibă un comportament adecvat. Şi învăţătoarea a anunţat că băiatul s-a liniştit. Această îmbunătăţire a situaţiei a continuat chiar şi când mama a avut un accident de maşină şi a trebuit să stea acasă mai mult timp. În următoarele 6 luni, copilul a continuat să se comporte bine. Ipoteza din spatele intervenţiei terapeutice a fost următoarea: cu toate că aparent mama era într-o poziţie superioară, din moment ce avea grijă de băiat, ea ocupa o poziţie inferioară pentru că nu îl putea controla.

O altă ipoteză se referă la faptul că mama se comporta ca o persoană neajutorată şi incompetentă pentru a ridica poziţia tatălui vitreg în familie şi în mod particular în relaţia cu băiatul. Cu cât se plângea mai mult că băiatul era incontrolabil, cu atât mai competent apărea tatăl în relaţia cu băiatul, din moment ce el nu avea nici o problemă în a-l controla. Aceasta era o manevră comună a mamei în încercarea de a îl introduce pe tatăl vitreg pe o poziţie de respect, putere şi de interrelaţionare cu copii ei. Tatăl a refuzat spitalizarea, iar confruntarea cu membrii personalului i-a întărit şi mai mult poziţia de cap al familiei. În acest sens, mama a avut succes. Problema terapeutului era cum să rezolve simptomul, păstrând tatăl în poziţia superioară şi crescând competenţa comportamentului mamei.

Concluzie

Deşi terapia de familie de tip strategic se dovedeşte extrem de utilă în abordarea diferitelor probleme familiale, totuşi aceste rezultate pozitive nu trebuie generalizate, deoarece studiile empirice referitoare la ele sunt puţine la număr. În plus, modelul strategic nu este o abordare omogenă, strategiile terapeutice folosite fiind extrem de variate, depinzând de fiecare familie ce se prezintă la terapie şi de stilul şi creativitatea fiecărui terapeut de orientare strategică. Dar dacă terapeutul va combina, în stilul său propriu şi în funcţie de specificitatea familiei cu care lucrează, elemente de terapie strategică cu elemente provenite din alte orientări, şansele pentru o intervenţie terapeutică eficientă cresc considerabil.

V.6. Terapia narativă de familie

Reprezentanţii de bază şi iniţiatorii acestei orientări apărute în anii '70 şi conturate şi recunoscute la sfârşitul anilor '80, începutul anilor '90, sunt Michael White, terapeut şi director adjunct al Centrului Dulwich din Adelaide, Australia, şi David Epston, terapeut şi director adjunct al Centrului de Terapie de Familie din Auckland, Noua Zeelandă.

Premise conceptuale

Orientarea lor insuflă o filosofie eliberatoare, deoarece încearcă să se elibereze de principiile generale, formulate în manieră universală, despre oameni şi caută să îi întărească şi să le insufle putere şi energie pentru a-şi dezvolta şi crea propriile lor concepţii („poveşti") – unice – despre ei înşişi. White şi Epston pleacă de la premisa că încă de la naştere omul este modelat de familia şi cultura din care face parte, care îi creează modul de a percepe şi de a vorbi despre el însuşi şi despre lume. În felul acesta, omul îşi pierde capacitatea de a stabili singur sensul propriei valori şi identităţi. Inconştient, absorbim în noi credinţa că „nu suntem suficient de buni", că „numai cei valoroşi ştiu, de exemplu, cum să se îmbrace sau să vorbească", că „numai femeile subţirele sunt frumoase", că „numai bărbaţii adevăraţi ştiu să cucerească şi să păstreze o femeie" etc. Dacă noi învăţăm conştient să recunoaştem efectele insidioase ale acestor credinţe şi le percepem ca nefiindu-ne inerente, putem deveni liberi. Este exact ceea ce îşi propune terapia narativă, una dintre cele mai active orientări terapeutice care pleacă de la astfel de premise.

Bill O'Hanlon, susţinătorul terapiei centrate pe soluţie, considera (1994, p. 22) că această filosofie eliberatoare a dat naştere la diferite orientări în multe părţi ale lumii, cam în aceeaşi perioadă. În felul acesta, ele constituie ceea ce ar putea fi numit „al Treilea Val" în psihoterapie. Primul Val, care după părerea lui O'Hanlon începe cu Freud şi care aşterne bazele psihoterapiei, era centrat pe patologie şi dominat de teoriile psihodinamice şi de cele biologice psihiatrice. Primul Val a reprezentat un pas înainte major, deoarece oamenii nu au mai fost percepuţi ca imorali şi a oferit un vocabular comun – codificat în Manualul Statistic şi Diagnostic, DSM – pentru descrierea problemelor umane. Dar era atât de încărcat de patologie, încât oamenii au ajuns să se identifice cu etichete stigmatizante ca „narcisist", „personalitate borderline" sau „copilul adult al unui alcoolic". Absurditatea şi deserviciul date de iluzia de a stabili ce e sănătos sau

bolnav, normal sau anormal, rău sau bun, corect sau incorect au fost amplu demonstrate în anii '70, când psihiatrii au decis prin vot democratic că homosexualitatea nu mai era o considerată o boală, ci o orientare alternativă a sexualităţii.

Al Doilea Val al psihoterapiei, care constă în orientările centrate pe problemă, a izvorât în anii '50, dar nu a înlocuit Primul Val, ci a încercat să remedieze supraconcentrarea pe patologic şi pe trecut. Terapiile centrate pe problemă, comportamentaliste, cognitive şi terapiile de familie nu presupuneau că pacienţii erau bolnavi. Ele se centrau mai ales pe aici şi acum în loc să caute înţelesuri ascunse şi cauze ultime. Personalitatea nu mai era văzută ca un conţinut închis de piele, ci ca fiind influenţată de patternurile de comunicare, de relaţiile familiale şi sociale şi chiar de „vorbirea cu sine". Terapeuţii acestui val îşi vedeau clienţii ca fiind într-un scurt stop, în care apelau la serviciile terapeutice pentru a „repara" ceva cât mai repede spre a se întoarce la drumul vieţii lor. Astfel, ei nu „umblau" la ceva ce nu le-a fost cerut să „repare". Se observă cu uşurinţă că soluţia era oferită de terapeut; de altfel, foarte puţini dintre terapeuţii acestor orientări îşi vedeau clienţii ca agenţi decisivi ai propriilor lor schimbări.

În prima parte a anilor '80, O'Hanlon identifică unii precursori ai celui de-al Treilea Val, terapeuţii centraţi pe competenţă. Asta înseamnă că principala sursă de soluţii se găseşte chiar în interiorul clientului şi în reţeaua lui socială, nu în terapeut.

Astfel, dacă Primul Val limita forţele perturbatoare în interiorul personalităţii individuale tulburate, iar cel de-al Doilea Val se concentra pe mici sisteme interactive, precum familia, al Treilea Val atrage atenţia asupra unor sisteme mai largi care includ familia, dar nu se opresc la ea, cum ar fi marea culturală în care plutim cu toţii: mesajele şcolilor, ziarelor, televiziunii, ale reclamelor, ale „experţilor", şefilor, bunicilor, prietenilor etc. Toate acestea ne „îndrumă", ne arată cum şi cine să fim, cum să gândim şi să ne comportăm. Nu ştim exact de unde vin aceste mesaje; dar ne gândim la ele ca fiind „eurile" noastre, deşi multe dintre ele sunt distructive şi limitative. Citându-l pe Michel Foucault, White şi Epston afirmă că disciplinele ştiinţelor umaniste „caracterizează, clasifică, specializează; ele distribuie pe o scală, în jurul unei norme, ierarhizează indivizii în relaţia lor unul cu altul şi, dacă este necesar, descalifică şi invalidează" (White, Epston, 1990, p. 74). Astfel, aşa cum sesizează O'Hanlon, acest proces de formare a identităţii înghite extrem de multe resurse personale într-o cultură dominată de mass-media cum este cea de astăzi.

Terapeuţii acestui ultim val joacă un rol extrem de util în acest proces de „re-împuternicire", cum este denumit, a clientului; el este singurul care poate cu adevărat să-şi îmbunătăţească viaţa, eliberând-o de credinţele impuse din afară. Deşi au mai fost încercări de a rezista etichetelor puse de „experţii în domeniul uman" prin atenţia acordată „profeţiei autoîmplinite", prin tentativele terapeuţilor de a le ignora sau a le reformula, nu s-a ajuns prea departe. Etichetele nu dispar doar pentru că le ignorăm sau le găsim alte nume. Clienţii înşişi sunt prinşi în mrejele acestor etichete, pentru că ele conferă problemei pe care o au o nuanţă de seriozitate. Este ceea ce dă sens concepţiei asupra vieţii lor şi îi face să aleagă anumite comportamente. Adică, oamenii sunt ceea ce cred ei înşişi despre ei.

Terapia narativă este considerată centrul acestor orientări din al Treilea Val, tocmai pentru că nu aderă la „adevărul" şi „integralitatea" setului de concepţii normative impuse de profesioniştii ştiinţelor umane; în locul acestuia apare adevărul experienţei trăite, pusă sub forma unei noi concepţii, a unei noi „poveşti" sau naraţiuni – de unde şi denumirea

orientării – a persoanei despre propria sa viaţă. White şi Epston afirmă: „Poveştile sunt pline de goluri pe care oamenii trebuie să le umple pentru ca povestea să fie jucată. Aceste goluri se refac din experienţa trăită şi din imaginaţia oamenilor. Cu fiecare act, oamenii îşi rescriu viaţa. Evoluţia vieţii este asemănătoare procesului de a redeveni autori, procesului de reintrare a persoanei în poveste, dezbătând-o şi făcând-o a lor", adică personalizând-o (White, Epston, 1990, p.13). De aceea, White şi Epston ajută clienţii să construiască o poveste alternativă despre ei înşişi, care este derivată din propria experienţă de viaţă şi care uneori nu se potriveşte, nu se subordonează sau chiar neagă povestea impusă de societate. De aici şi credo-ul terapiei narative: „Persoana nu se identifică niciodată cu problema. Problema este problemă". Aceasta înseamnă că problema are propria sa identitate, diferită de identitatea persoanei. În felul acesta, apare cea mai cunoscută tehnică a terapiei narative, externalizarea, ca răspuns la interiorizarea problemei/simptomului/categoriei normative impuse din afară. Prin întrebări de genul „cum îţi afectează această problemă viaţa?" terapeutul separă problema de persoană. El recunoaşte puterea unei probleme/etichete, evitând însă să întărească ataşamentul clientului faţă de problemă/etichetă, dar şi ajutându-l să îşi asume responsabilitatea pentru propriul comportament.

White (1988, p. 5) defineşte externalizarea ca „abordare terapeutică care încurajează persoana să obiectiveze şi uneori să personifice problemele pe care le trăieşte ca opresive". Acest proces permite problemei să devină „o entitate separată şi astfel externă persoanei" cu care are un anumit tip de relaţie. Externalizarea îi ajută pe terapeuţi să perceapă clienţii ca având anumite părţi ce nu sunt contaminate de simptom. Aceasta duce automat la o nouă viziune asupra persoanei, ca liberă şi responsabilă de alegerile pe care le face în relaţia sa cu problema respectivă. Ea sparge obişnuinţa terapeutului, şi mai ales a clientului, de a asculta şi formula mesaje, naraţiuni încărcate, „saturate", cum le denumeşte White, de termeni ce se referă la problemă sau la dificultăţile pe care le are. Sintetic, White (1988, pp. 39-40) consideră că practica externalizării:

- reduce conflictele sau disputele neproductive dintre persoane referitoare la cine este responsabil pentru problema apărută;
- subminează sentimentul de eşec care se dezvoltă în multe persoane ca răspuns la persistenta prezenţă a problemei, în ciuda eforturilor făcute pentru a o elimina;
- pavează calea persoanei spre a coopera cu ceilalţi, spre a se uni în lupta lor împotriva problemei şi de a scăpa influenţelor ei în viaţa şi relaţiile lor;
- oferă noi posibilităţi ca persoana să acţioneze pentru a-şi recupera viaţa şi relaţiile cu alte persoane de sub influenţa problemei;
- eliberează persoana pentru a aborda problemele „serioase" mai uşor, mai eficient, mai puţin stresant;
- oferă posibilitatea existenţei unui dialog, mai degrabă decât a unui monolog, cu privire la problemă.

Pentru a ilustra această tehnică de bază a terapiei narative am ales un caz interesant şi foarte dificil al lui David Epston, menţionat de Bill O'Hanlon în articolul său „Al Treilea Val", publicat în revista *Networker* (1994, pp. 21-22).

Rhiannon, o fată de 15 ani, era foarte aproape de moarte din cauza anorexiei. Ea a fost adusă la David Epston de verişoara ei şi prietenul acesteia. Arăta ca un schelet pierdut în hainele care încercau să o facă vizibilă. Îşi cuprinsese corpul fragil cu braţele

şi parcă se scufundase în fotoliu. Zâmbind la întrebările insistente ale lui Epston, ea susţinea că se simte bine şi că avea multă energie. Epston se agita pe scaunul său şi o întreba încă o dată: „Pot doar să te întreb cum se face că Anorexia păcăleşte oamenii să moară gândindu-se că se simt bine. Ce scop oare are ea, făcându-te să mori zâmbind?". Rhiannon nu reacţiona; afirma în continuare că totul era în regulă, deşi tocmai ieşise din spital după ce pierduse peste 30 de kilograme în trei săptămâni şi unde un medic monitorizase evoluţia ei de trei ori pe zi. Era realmente la un pas de moarte. Acasă a stat în poziţie fetală, ţipând până când părinţii, disperaţi, au dus-o la verişoara ei. O'Hanlon menţionează că şi el, un optimist incurabil ce era, tot ar fi renunţat la intervenţia asupra fetei şi s-ar fi concentrat asupra verişoarei şi prietenului acesteia. Dar Epston s-a dovedit a fi şi mai optimist. El a persistat: „OK, OK, OK. Dacă asta este ceea ce simţi, cum te păcăleşte? Majoritatea oamenilor când sunt aproape de moarte ştiu că sunt omorâţi, nu-i aşa? Cum poate Anorexia să îţi facă asta? Pentru că dacă te face să te simţi bine sau îţi spune că te simţi bine, atunci aş vrea să îţi pui ţie însăţi întrebarea: «De ce îmi spune să mă simt bine? De ce mi-ar face asta? De ce vrea să mă omoare? De ce nu vrea ca eu să protestez? De ce nu vrea ca eu să îi rezist?»". Inexplicabil, Rhiannon a răspuns pe neaşteptate: „Anorexia m-a păcălit spunându-mi că sunt grasă atunci când eu eram slabă". „Îţi spune asta chiar acum?", a întrebat-o David. „Nu, acum sunt prea slabă", a spus Rhiannon şi s-a ridicat în capul oaselor pe scaun. David a întrebat-o cum a ştiut asta, iar ea i-a zis că cei care o iubeau i-au spus că era prea slabă. „Crezi că Anorexia te iubeşte?", a întrebat-o. „Nu, mă omoară", a venit răspunsul. Vocea ei a devenit mai puternică. Limbajul corporal s-a modificat. Împreună cu David a început să facă planuri cum să reziste şi să se opună Anorexiei pentru a nu o mai lăsa să moară de foame. Până la sfârşitul şedinţei nimeni nu mai vorbea de spitalizare, iar toţi, terapeutul, Rhiannon, verişoara şi prietenul ei, erau plini de speranţă. În 15 minute, Rhiannon devenise un aliat în tratament, şi nu un opozant.

Procesul terapeutic

Am văzut mai sus cum externalizarea l-a ajutat pe terapeut nu doar să stimuleze resursele de luptă, de supravieţuire ale fetei, dar şi să stabilească rapid o relaţie solidă cu ea. De altfel, externalizarea este o tehnică foarte utilă în stabilirea rapidă a alianţelor terapeutice cu clienţii dificili.

Aşa cum s-a afirmat mai devreme, externalizarea implică uneori şi personificarea problemei. De cele mai multe ori, aceste tehnici se îmbină una cu cealaltă, mai ales când cel care prezintă simptomul într-o familie este copil sau adolescent. Acestuia îi va fi astfel mult mai uşor să identifice problema ca o entitate separată de el care îi influenţează viaţa. Cu alte cuvinte, în cazul de mai sus existau cinci persoane: terapeutul, clienta, verişoara acesteia, prietenul acesteia din urmă şi Anorexia, cea care devenise treptat un membru important al familiei, deoarece avea efecte asupra întregii familii a lui Rhiannon.

Aparent lipsită de dificultăţi, externalizarea este în acelaşi timp o abordare complicată. Aceasta este simplă pentru că realizează o separare lingvistică a problemei de identitatea personală a clientului, dar complicat şi dificil este drumul până la ea. Este necesară o secvenţă de întrebări semnificative care să producă un efect de eliberare a persoanei, adică acele întrebări să atingă esenţa problemei şi a persoanei. Terapeutul trebuie să poarte o „conversaţie eliberatoare", după cum o denumesc chiar creatorii acestei orientări. Altfel, externalizarea şi personificarea vor părea ridicole, nepotrivite. Pentru asta, încă de la început se colaborează cu familia (sau persoana) pentru a se găsi o definiţie acceptată de comun

acord. Se poate întreba apoi copilul care prezintă accese de furie: „Deci, Furia te-a convins să te arunci pe jos şi să dai din picioare, nu?". Unei persoane care are halucinaţii paranoide poţi să îi adresezi întrebarea: „Când îţi şopteşte Paranoia în ureche, întotdeauna o asculţi?".

La început, persoana sau familia poate persista să atribuie problema clientului identificat, dar terapeutul va insista gentil în altă direcţie, cea care să separe lingvistic problema de persoană şi astfel clienţii vor începe ei înşişi să preia limbajul externalizării.

O'Hanlon, care încearcă etapizarea procesului terapiei narative (1994, pp. 25-27), consideră această colaborare finalizată cu o denumire comună a problemei un prim pas în abordarea cazului. Următorul pas ar fi personificarea problemei şi atribuirea intenţiilor şi tacticilor opresive acesteia. Aceasta înseamnă că terapeutul începe să se adreseze clientului sau familiei ca şi când problema ar fi o altă persoană cu identitate, dorinţe, tactici şi intenţii proprii, folosite să domine şi să asupreasca persoana sau familia. Deseori, terapeutul va utiliza metafore care ajută să aducă viaţă procesului. De exemplu: „De cât timp te minte Anorexia?" sau „Cum îţi loveşte Alcoolismul familia?".

Aceasta permite persoanei şi celor din jurul ei să devină libere şi activează forţele motivaţionale pentru schimbare. De exemplu, în cazul lui Rhiannon, dacă ea persista să se identifice pe sine ca anorexică, ar fi continuat să se apere în faţa încercărilor de a fi schimbată, pentru că le-ar fi perceput ca atacuri la autonomia ei. Dimpotrivă, întrebările externalizatoare ale terapeutului au separat identitatea lui Rhiannon de cea a Anorexiei şi i-au atribuit intenţii rele şi viclenie Anorexiei, astfel că fata şi-a putut utiliza energia defensivă pentru a lupta împotriva problemei.

Al treilea pas constă în identificarea căilor prin care problema a întrerupt, a dominat sau a descurajat persoana sau familia.

Vorbind despre investigarea influenţelor problemei asupra persoanei sau familiei, White se referă la detalierea acestora, la stabilirea clară a „sferei de influenţă a problemei". Este necesar ca ea să fie completă, incluzând elemente comportamentale, emoţionale, fizice, interacţionale şi atitudinale. Înainte ca terapeutul să încerce să schimbe situaţia, el are nevoie de astfel de informaţii, pe care le poate afla de la fiecare membru al familiei, participant la şedinţă. Această detaliere serveşte ulterior căutării şi identificării momentelor în care persoanele au făcut faţă problemei, numite de White „rezultate excepţionale", dar şi deschiderii de posibilităţi multiple pentru acţiune.

Mai mult, ea demonstrează că terapeutul acceptă că persoana sau familia suferă din cauza problemei şi că gradul în care viaţa şi relaţiile lor se desfăşoară este limitat. Dar prin aceasta se continuă şi externalizarea. De exemplu: „Când te-a convins Gelozia să faci ceva ce ai regretat mai târziu?" sau „Ce fel de trucuri foloseşte Anorexia/Bulimia pentru a o îndepărta pe fiica ta de cei care o iubesc?" sau „Ce fel de minciuni îţi tot spune Depresia despre valoarea ta ca persoană?".

După cum se vede, limbajul nu este deterministic: niciodată problema nu cauzează sau nu pune persoana ori familia în situaţia să facă ceva, ea doar influenţează, invită, spune, încearcă să convingă, foloseşte trucuri etc. Acest limbaj scoate în evidenţă alegerile pe care le au la dispoziţie persoanele şi creează presupunerea responsabilităţii mai degrabă decât a blamării sau determinismului. Câtă vreme nu persoana e problema, ci există o anumită relaţie a persoanei cu problema, această relaţie poate fi schimbată. Dacă problema invită şi nu forţează, persoana poate refuza invitaţia. Dacă problema încearcă să te prindă în joc, poţi refuza să participi. Astfel că acest pas creşte motivaţia. Familia şi terapeutul au un scop comun: acela de a alunga dominaţia problemei în viaţa persoanei şi a familiei.

Următoarea etapă se referă la descoperirea momentelor în care clienţii nu au fost dominaţi sau descurajaţi de problemă ori când vieţile lor nu au fost întrerupte de către aceasta, numite „rezultate excepţionale". Aici terapia narativă se apropie mult de terapia centrată pe soluţie, unde se foloseşte metoda căutării excepţiilor de la problemă. Dacă terapeutul centrat pe soluţie întreabă „Care a fost cea mai lungă perioadă fără droguri?", terapeutul narativ întreabă „Deci, cât timp ai rezistat Poftei?". Nu contează cum răspunde clientul, ci faptul că se întăreşte distincţia dintre problemă şi persoană. Întrebările se pot adresa persoanei sau membrilor familiei acesteia: „L-ai văzut vreodată pe Dănuţ opunându-se Monstrului Furios?" sau „Ai observat momente în care mama ta a rezistat Depresiei spunând ceva pozitiv despre sine?". Acest pas arată că schimbarea este posibilă, subliniind momentele în care problema fie nu s-a manifestat, fie a fost dominată cu succes. Mai mult, el sporeşte sentimentul eficienţei personale şi al încrederii în sine, demonstrând că persoana are resurse pentru a face faţă problemei. Iar acum, externalizarea este deja prezentă în întregul sistem terapeutic.

De obicei, este destul de dificil pentru clienţi să identifice astfel de exemple de influenţă asupra problemei din pricina sentimentului de neajutorare şi neputinţă dezvoltat în relaţia cu problemele. Iar aceasta mai ales în cazurile în care au suferit de lungi şi chinuitoare traume de-a lungul vieţii lor. De aceea, este important ca momentele identificate să fie cu adevărat semnificative pentru persoană. Numai astfel ele devin adevărate „rezultate excepţionale". Pasul anterior, în care s-au detaliat influenţele problemei şi gradul acestora, facilitează acest proces de semnificare. Într-un alt caz de anorexie, numai după ce s-a identificat sfera de influenţă a Anorexiei asupra vieţii şi relaţiilor ei, adolescenta a putut să aprecieze profunda semnificaţie a faptului că nu a permis problemei să o îndepărteze de prieteni.

Un alt pas este cel în care se găsesc dovezi de sprijinire a noului punct de vedere al persoanei despre sine: o persoană suficient de competentă pentru a se ridica împotriva, pentru a se apăra ori pentru a scăpa de sub dominaţia sau opresiunea problemei. Aici metoda narativă devine cu adevărat interesantă. Identitatea şi viaţa persoanei încep să se rescrie. Paşii anteriori sunt doar de pregătire a terenului pentru această acţiune. Acum se caută dovezi, adică evenimente, acţiuni, momente în care persoana a dat dovadă de competenţă, eroism, putere, spiritualitate etc. Astfel de evenimente există în viaţa oricui, dar rar se întâmplă ca persoana să le scoată în evidenţă. De aceea, e nevoie de răbdare, delicateţe şi perseverenţă în a ancora noul sens al sinelui persoanei în trecutul, dar şi în viitorul ei. Întrebări tipice pentru acest proces ar fi: „Ce poţi să îmi spui despre trecutul tău care m-ar ajuta să înţeleg cum ai putut să înfrunţi Anorexia aşa de eficient?" sau „Cine te-a cunoscut pe tine când erai copil şi nu s-ar mira acum să audă că ai fost capabil să refuzi ca Violenţa să fie forţa dominantă în relaţiile tale?". Urmează pasul în care persoana sau familia formulează supoziţii despre posibilul viitor al ei ca persoană competentă, puternică, eficientă, din ceea ce s-a lucrat până acum. Din acest moment, terapeutul susţine persoana sau familia să facă speculaţii referitoare la cum se va putea dezvolta de acum încolo, când va rezista problemei. De exemplu: „Continuând să te opui Anorexiei, prin ce va diferi viitorul tău de viitorul pe care ţi-l pregătea Anorexia?" sau „Ţinând cont că Ioana nu mai crede minciunile pe care Delirul i le spune, cum crezi că se vor modifica relaţiile ei cu voi şi cu prietenii ei?".

Ultimul pas constă în găsirea sau crearea unei audienţe pentru perceperea noii identităţi şi poveşti a persoanei.

Din moment ce problema s-a dezvoltat într-un context social, este nevoie tot de un context social pentru a permite dezvoltarea noii identităţi personale a clientului. Prin urmare , se va căuta un astfel de mediu sau se va crea unul. Terapeuţii narativişti folosesc scrisori pe care le alcătuiesc clienţilor lor despre evoluţia acestora, îi orientează spre asociaţii în care pot întâlni persoane ce au avut probleme similare, aranjează întâlniri cu membrii familiei sau/şi prieteni care să confere validarea socială a efectelor terapeutice. Întrebările pot fi de genul: „Există oameni care te-au cunoscut când nu erai sub influenţa Depresiei şi care şi-ar putea reaminti de noile tale achiziţii şi de faptul că viaţa merită trăită?" sau „Îi puteţi organiza o petrecere lui Dănuţ pentru a afla toţi prietenii lui că el se poate opune Furiei?".

Terapeutul continuă acest proces până când este evident că a fost preluat în viaţa persoanei. Persoana sau familia acesteia informează terapeutul despre schimbările în bine care au loc în raport cu problema. Persoana începe să se privească pe sine, treptat, tot mai des, dintr-un nou unghi, mai plin de competenţă, de alegeri, chiar dacă se află în afara influenţei terapeutului. Acest lucru poate dura câteva şedinţe, dar cu siguranţă atâtea câte sunt necesare. Nu se urmăreşte micşorarea numărului de şedinţe, ci soliditatea efectelor.

Uneori, pentru a solidifica noua concepţie despre sine a persoanei ca expert în propria existenţă, i se cere acesteia să înregistreze (într-o scrisoare, pe casetă video sau audio) succesul său în eliminarea influenţelor problemei sau în ajutorarea unei alte persoane care se confruntă cu aceeaşi problemă sau cu una asemănătoare. Pentru aceasta, evident, se cere acordul clientului, pentru a nu fi încălcată regula confidenţialităţii, deşi reprezentanţii ei consideră că în acest tip de terapie oamenii ajung eroi şi, deseori, ei doresc chiar să fie recunoscuţi social, să facă şi altora cunoscută povestea lor.

Sumarizând, cei şapte paşi ai intervenţiei terapeutice narative sunt:

1. Colaborarea cu persoana sau familia pentru a ajunge la o definiţie mutual acceptată pentru problemă.
2. Externalizarea şi personificarea problemei, atribuindu-i acesteia intenţii şi tactici opresive.
3. Investigarea modului în care problema a întrerupt, a dominat sau a descurajat persoana şi familia.
4. Descoperirea momentelor în care clienţii nu au fost dominaţi sau descurajaţi de problemă ori vieţile lor nu au fost întrerupte de problemă („rezultate excepţionale").
5. Găsirea evidenţelor istorice pentru susţinerea noii concepţii a persoanei despre sine ca persoană suficient de competentă pentru a se opune, a se apăra sau a scăpa de sub dominaţia problemei.
6. Formularea unor speculaţii cu privire la posibilul viitor, ţinând cont de noua concepţie, pozitivă, despre sine a persoanei.
7. Găsirea sau crearea unei audienţe pentru perceperea noii identităţi şi poveşti despre sine ale persoanei.

Iată un caz oferit de Michael White în *Dulwich Centre Newsletter* (1988, pp. 9-12) pentru ilustrarea procesului terapeutic de tip narativ.

Studiu de caz

Nick, în vârstă de 6 ani, a fost adus la terapeut de părinţii săi, Sue şi Ron. Nick avea o istorie foarte lungă de encopresis, care a rezistat tuturor încercărilor de a fi soluţionat. Rareori trecea o zi fără un „accident" sau „incident", care de regulă însemna „treaba

mare" în chiloţei. Pentru a face lucrurile şi mai grave, Nick se împrietenise cu „Caca". „Caca cel viclean", cum a fost denumit de către toţi, devenise colegul de joacă; desena cu el pe perete, îl punea prin sertare, îl făcea biluţe, îl arunca în spatele dulapurilor şi îl lipea chiar şi sub masa din bucătărie. De asemenea, hainele murdare ascunse în diferite locuri prin casă ori bucăţele de caca prin colţuri sau prin sitele de la robinete nu mai constituiau o surpriză. „Caca" a căpătat şi obiceiul de a-l însoţi pe Nick când făcea baie.

Ca răspuns la întrebările terapeutului despre influenţa lui „Caca cel viclean" asupra vieţii şi relaţiilor lor de familie s-a descoperit că:

1. „Caca cel viclean" a transformat viaţa lui Nick într-o mizerie, izolându-l de alţi copii, şi a tulburat inclusiv activitatea lui şcolară. Din cauza acoperirii cu „Caca cel viclean", alte persoane nu puteau să ştie cum era Nick ca persoană. De exemplu, „Caca cel viclean" îi acoperea viaţa, lipsind-o de strălucire; în plus, îi estompa imaginea lui ca persoană, astfel că nimeni nu putea afla că era un băiat interesant şi inteligent.
2. „Caca cel viclean" a îngrozit-o pe Sue, determinând-o să se îndoiască de capacitatea ei de a fi un părinte bun, dar şi de abilităţile ei generale, ca persoană. Se simţea copleşită şi ajunsese foarte disperată.
3. Ron era profund ruşinat de intransigenţa continuă a problemei. Asta l-a făcut să se izoleze de prieteni şi rude. Nu era o problemă despre care să poţi discuta confortabil cu colegii de serviciu. De asemenea, familia trăia într-o comunitate relativ mică şi îndepărtată, iar vizitele rudelor includeau şi înnoptarea în casa lor. Aceste vizite prelungite deveniseră o tradiţie. De când cu „accidentele" şi „incidentele" lui Nick, Ron s-a simţit însă obligat să întrerupă tradiţia. El se considera o persoană deschisă, iar acum îi era dificil să-şi împărtăşească gândurile şi sentimentele cu alţii şi, în acelaşi timp, să păstreze secretul „îngrozitor".
4. „Caca cel viclean" afectase toate relaţiile din familie în diferite moduri. De exemplu, s-a interpus între Nick şi părinţii lui. Relaţia dintre Nick şi mama sa a devenit tensionată, iar multe distracţii au dispărut. La fel, relaţia dintre el şi tatăl lui a avut de suferit sub influenţa tiraniei lui „Caca cel viclean". De asemenea, din moment ce frustrările cauzate de problema lui Nick deveniseră subiectul central al discuţiilor, „Caca cel viclean" a perturbat semnificativ şi relaţia dintre Sue şi Ron, aceştia nemaiacordându-şi atenţie unul altuia.

Explorând influenţele membrilor familiei asupra vieţii lui „Caca cel viclean", s-a descoperit că:

1. Deşi „Caca cel viclean" a încercat tot timpul să îl păcălească pe Nick să îi fie coleg de joacă, Nick şi-a reamintit mai multe ocazii în care nu l-a lăsat pe „Caca cel viclean" să fie „mai şmecher" decât el. Acestea erau ocazii în care Nick putea să coopereze prin a-l „modela", „lipi", „ascunde", dar a refuzat să o facă. Nu s-a lăsat dus de nas.
2. A existat o ocazie recentă în care „Caca cel viclean" ar fi putut să o ducă pe Sue la un sentiment de groază şi mai mare, dar aceasta a rezistat şi a deschis casetofonul în loc să plângă. De asemenea, tot atunci a refuzat să se îndoiască de competenţa ei ca mamă şi ca persoană.
3. Ron nu şi-a putut reaminti nici o situaţie în care să nu lase ruşinea cauzată de „Caca cel viclean" să îl izoleze de ceilalţi. Oricum, după ce au fost identificate influenţele lui „Caca cel viclean" asupra lui, a părut interesat să le respingă. Când

terapeutul şi-a exprimat curiozitatea referitoare la modul în care ar putea protesta faţă de „Caca cel viclean", Ron a răspuns că ar putea divulga „secretul îngrozitor" unui coleg de serviciu.

4. Au existat ceva dificultăţi în identificarea influenţelor relaţiilor familiale asupra vieţii lui „Caca cel viclean". După câteva discuţii totuşi s-a stabilit că existau aspecte ale relaţiei dintre Nick şi Sue pe care ea le considera plăcute, că Ron făcea încă nişte încercări de a păstra relaţia cu Nick, iar Nick considera că totuşi „Caca cel viclean" nu a distrus întreaga dragoste din relaţiile cu părinţii.

După identificarea influenţelor pe care Nick, Sue şi Ron le au asupra vieţii lui „Caca cel viclean", White a introdus noul set de întrebări care îi încurajau să aducă un înţeles acestor exemple, astfel încât să îşi „rescrie" vieţile şi relaţiile. Cum au reuşit ca în felul acesta să fie eficienţi împotriva problemei? Cum se reflectă asta asupra lor ca oameni şi asupra relaţiilor dintre ei? C. atribute personale şi relaţionale au folosit pentru a avea aceste realizări? Le-a dat acest succes vreo idee despre paşii următori care ar putea fi făcuţi pentru a-şi recăpăta vieţile în propria lor influenţă? Ce diferenţă va aduce în viitoarea lor relaţionare cu problema faptul că ştiu acum ceea ce ştiu?

Ca răspuns la aceste întrebări, Nick s-a gândit că era gata să îl oprească pe „Caca cel viclean", să fie mai şmecher decât el şi a decis să nu se mai lase păcălit când îl va chema să se joace cu el. Sue a avut noi idei referitoare la cum să nu îl mai lase pe „Caca cel viclean" să o împingă până la disperare şi groază, iar Ron s-a gândit că este pregătit să urmeze ideea lui de a spune unui coleg de serviciu despre lupta lui cu „Caca cel viclean".

Două săptămâni mai târziu, în a doua şedinţă, Nick a descris doar un mic „accident". „Caca cel viclean" a încercat să îl învingă după nouă zile, dar Nick nu s-a lăsat învins. L-a învăţat o lecţie pe „Caca cel viclean": să nu îi mai încurce viaţa vreodată. Nick a descris cum i-a refuzat propunerile lui „Caca cel viclean" şi credea că viaţa lui nu mai era acoperită cu el, astfel că putea să strălucească. A devenit mai vorbăreţ, mai fericit, mai activ. Ce mai, Nick reuşise să-şi recapete viaţa de la acest personaj.

Sue şi Ron luaseră şi ei în serios decizia de a nu coopera cu cerinţele lui „Caca cel viclean". Sue începuse să se trateze singură mai des, mai ales când „Caca cel viclean" îi dădea bătăi de cap, şi „a pus piciorul în prag", arătând că el nu mai poate să o manipuleze aşa uşor. Ron şi-a asumat riscul şi nu s-a mai izolat. A dezvăluit secretul câtorva colegi de serviciu. Ei l-au ascultat cu respect, oferind chiar şi unele sugestii. Unul dintre ei s-a întors peste puţin timp şi a destăinuit faptul că şi el a avut o asemenea problemă cu unul dintre băieţii lui. Asta a dezvoltat o discuţie deschisă şi a întărit prietenia dintre cei doi. În plus, fără acea „acoperire" a vieţii lui Nick, Ron a descoperit că „era bine să vorbească cu Nick".

Terapeutul a încurajat familia să reflecteze şi să speculeze referitor la ce anume spune acest succes despre calităţile lor de oameni şi despre calităţile relaţiilor dintre ei. I-a încurajat, de asemenea, să revadă ce sugerează aceste fapte despre relaţia lor actuală cu „Caca cel viclean". Membrii familiei au identificat câteva măsuri pe care le vor putea adopta pentru a refuza invitaţiile lui „Caca cel viclean".

Toţi au afirmat în a treia şedinţă, trei săptămâni mai târziu, că au înaintat în rezolvarea problemei. Nick şi-a făcut noi prieteni şi a recuperat la şcoală; câteva familii, rude şi prieteni, au venit şi au rămas peste noapte la ei acasă; Sue a reuşit să scape de sentimentul de vinovăţie. Aici a ajutat şi faptul că Ron vorbise mai mult cu alţi părinţi despre condiţia de părinte. Prin asta ei au învăţat că nu erau singurii care aveau îndoieli referitoare la abilităţile necesare părinţilor.

În continuare s-au făcut planuri în privinţa eventualelor încercări ale lui „Caca cel viclean" să îl păcălească pe Nick. O nouă şedinţă a avut loc peste o lună. La şase luni după aceasta, Nick o ducea foarte bine. Au existat doar una sau două ocazii în care a fost o uşoară urmă în pantaloni. Avea mai multă încredere în el, iar lucrurile stăteau mult mai bine cu prietenii şi cu şcoala. Toată lumea era mulţumită de progresul lui.

Două momente ale procesului terapeutic narativ necesită, credem noi, mai multă atenţie şi competenţă din partea terapeutului: definirea problemei care urmează să fie externalizată şi „rezultatele excepţionale".

Definirea problemei care va fi externalizată

White afirmă (1988) că, după ce persoana sau familia descrie problema, externalizarea acesteia trebuie să decurgă „natural" o dată ce a început detalierea efectelor problemei în viaţa persoanei şi în relaţiile ei. Acest proces al externalizării se continuă firesc, este întărit când se trece şi la pasul următor, când terapeutul introduce setul de întrebări referitoare la influenţele persoanei asupra problemei.

Deşi deseori persoana oferă o definiţie generală, comună a problemei (de exemplu: „Avem o problemă de relaţionare"), totuşi detaliile despre efectele acesteia asupra persoanei sunt întotdeauna unice. În acelaşi timp, definiţiile date de persoană pot fi foarte specifice (de exemplu: „Devine furios când..."). În aceste cazuri, poate fi util ca persoana să fie încurajată să ajungă la o definiţie mai generală.

De asemenea, există persoane care au dificultăţi în a-şi defini problemele cu care se confruntă. În asemenea situaţii, rolul terapeutului este cel de a sugera câteva definiţii, iar apoi verifică cu persoana pentru a vedea dacă vreuna dintre aceste definiţii încapsulează în mod rezonabil experienţa sa.

White solicită din partea terapeuţilor un anumit nivel de „conştiinţă" care i-ar ajuta să nu aducă în procesul terapeutic propriile lor generalizări sau credinţe despre situaţiile familiei sau persoanei. Această conştiinţă trebuie să descurajeze terapeutul să încerce să externalizeze probleme ca violenţa şi abuzul sexual. Când se identifică astfel de probleme, White sugerează să fie externalizate atitudinile şi credinţele ce apar, care menţin persoana în situaţia de opresiune; de exemplu, obligaţia de a păstra secretul şi izolarea.

Chiar dacă se ajunge la o definiţie de comun acord şi de regulă ea se păstrează de-a lungul tuturor şedinţelor, nu întotdeauna este cazul. Definiţiile nu trebuie să fie rigide, ci mai degrabă fluide şi evolutive pe măsură ce trece timpul. Aceasta mai ales dacă persoana a trecut prin eforturi şi tensiuni importante pentru a ajunge la o definiţie care să exprime cu acurateţe experienţa trăită.

White atrage atenţia şi asupra definiţiilor de tip „expert". Uneori, oamenii vin la terapeut cu definiţia problemelor lor provenită de la „experţi/specialişti în domeniu". Terapeutul va descuraja astfel de definiţii care decontextualizează problema persoanei şi limitează posibilităţile acesteia de a influenţa „viaţa" problemei, diminuând în acest fel şi sentimentul de eficienţă personală a persoanei. De aceea, terapeutul va susţine şi va încuraja persoana să construiască definiţii alternative relevante pentru experienţa ei, definiţii ce permit să abordeze direct preocupările lor.

Dacă terapeutul şi persoana sau familia propun definiţii diferite, este necesar să se ajungă la o definiţie comună, mutual acceptată, pentru ca aceasta să fie eficientă. Acest aspect este extrem de important atunci când se lucrează cu cuplurile care au conflicte sau cu familiile adolescenţilor rebeli.

Rezultatele excepţionale

Deşi este foarte util să fie identificate toate tipurile de efecte ale persoanei, ale relaţiilor dintre membrii familiei şi ale familiei ca întreg asupra problemei, White menţionează că deseori este dificil să se identifice rezultatele excepţionale de-a lungul tuturor acestor posibile aspecte şi, chiar dacă este util, nu este întotdeauna necesar. Este necesar, uneori, ca un singur rezultat excepţional să fie identificat pentru a facilita performanţa de a ajunge la un nou sens.

Şi, deşi este deosebit de necesar ca toate persoanele care au o relaţie cu problema să fie angajate activ în schimbarea semnificaţiei acestei relaţii, nici această condiţie nu este obligatorie. Dacă doar o persoană participă activ în acest proces şi dacă ea este capabilă să refuze toate invitaţiile nepotrivite ale celorlalţi de a coopera cu problema, atunci acest lucru va submina semnificativ problema.

White enumeră 3 tipuri de „rezultate excepţionale" pe care le pot identifica persoana sau familia şi terapeutul:

1. Rezultatele excepţionale istorice – sunt cele care pot fi identificate de-a lungul istoriei relaţiei persoanei sau familiei cu problema (aşa cum am văzut în exemplul de mai devreme). Persoana este deci încurajată să-şi reamintească „fapte" sau „evenimente" care contrazic efectele problemei asupra persoanei. De multe ori, deoarece poveştile sunt saturate de termeni-problemă, este dificil ca aceste „momente de sclipire", cum mai sunt ele denumite de terapeuţii narativi, să fie identificate ca atare. Din punctul nostru de vedere, acest tip de rezultate excepţionale sunt cele mai importante şi mai eficiente, deoarece demonstrează clar că persoana este capabilă, are resursele necesare pentru a se opune influenţelor problemei, facilitând procesul de resemnificare şi reîmputernicire a persoanei din prezent.
   O subcategorie a acestui tip o reprezintă rezultatele care apar între şedinţele de terapie sau cele din istoria contextului terapeutic. Acestea oferă o sursă bogată pentru noi poveşti despre sine şi propria viaţă.
2. Rezultate excepţionale actuale – sunt cele care apar în cursul şedinţei terapeutice. E necesar ca terapeutul să le aducă în atenţia persoanei ca o curiozitate şi să o invite să le interpreteze. Avantajul acestor „momente de sclipire" este că sunt direct accesibile pentru a-şi resemnifica experienţa.
3. Rezultate excepţionale viitoare – sunt cele localizate în viitor, în planurile făcute de persoană sau familie pentru a scăpa de sub influenţele problemei sau în speranţele pe care le are/au de a se elibera de problemă. Deşi anticipate, asemenea rezultate sunt, de altfel, actuale şi pot conduce la identificarea rezultatelor istorice. Existenţa acestor intenţii şi speranţe este considerată de White un act prezent de refuz al influenţelor problemei şi poate tocmai aceste sclipiri de speranţă i-au permis persoanei să facă faţă problemei.

Imaginaţia joacă un rol foarte important în practica externalizării, atât pentru terapeut, cât şi pentru persoana sau familia care a apelat la terapie. Este important, subliniază White, ca terapeutul să imagineze ce poate fi semnificativ pentru persoană şi să nu se lase orbit de ceea ce poate fi semnificativ pentru el, pentru dezvoltarea propriei lui vieţi şi a propriilor lui relaţii. „Niciodată nu contează mărimea pasului pe care îl face o persoană, ci direcţia acestuia", afirmă White (1989, p. 19).

Pe măsură ce terapeutul află mai multe de la persoană sau familie, el îşi poate imagina ce fel de răspunsuri ar putea constitui rezultate excepţionale şi neaşteptate. Acest fapt sporeşte receptivitatea terapeutului şi îl ajută în susţinerea imaginaţiei persoanei sau familiei.

Concluzii

Ideea fundamentală de la care se pleacă în terapia narativă este aceea că oamenii nu reprezintă problemele lor – ei au identităţi diferite. Fără acest crez, externalizarea e doar o tehnică fără rezultate. Asta înseamnă să crezi cu toată fiinţa ta că oamenii sunt plini de resurse şi potenţialităţi. Acest lucru apare foarte clar în această orientare, prin limbajul pe care îl foloseşte: „convorbiri eliberatoare", „rezultate excepţionale", „momente de sclipire" etc., rareori folosindu-se cuvintele „client" sau „intervenţie". White afirmă că acestea ar sugera superioritatea terapeutului şi ar umbri competenţa persoanei, preferându-le pe cele mai simple şi mai familiare de „persoană" şi „cooperare".

Cei care l-au urmărit pe White în lucrul său terapeutic afirmă că el ascultă fiind centrat cu întreaga lui fiinţă asupra persoanei; o face să simtă că povestea ei este de maximă importanţă pentru el; în plus, se preocupă de persoană mai mult decât se preocupă aceasta de ea însăşi.

Terapia narativă cere deci terapeutului o mulţime de caracteristici, dintre care ies în evidenţă: respectul faţă de natura umană în general, creativitatea, flexibilitatea, pentru a putea fi nondirectiv, dar în acelaşi timp să stimuleze potenţialul şi resursele existente în fiecare persoană pe care o are în faţă. Poate că tocmai creativitatea şi flexibilitatea de care dau dovadă terapeuţii aparţinând acestui al Treilea Val îi fac atât de apreciaţi în întreaga lume.

Limita care i se impută acestei orientări este că, deşi se consideră că ar fi o terapie de familie, accentul se pune mai mult pe persoană, pe individ; deci, ar fi mai degrabă o psihoterapie individuală în care se ţine cont de relaţiile pe care persoana le are cu ceilalţi din jurul său. În plus, deşi se prezintă ca o terapie nondirectivă, întrebările puse persoanei o direcţionează pe aceasta spre anumite tipuri de răspunsuri. Totuşi, se mai discută încă asupra acestei caracteristici a procesului terapeutic, nu doar cu privire la terapia narativă.

În final, ceea ce spune O'Hanlon despre cei doi iniţiatori ai terapiei narative ni se pare extrem de potrivit pentru a păstra esenţa acestei orientări: „Dacă nu crezi cu tot sufletul tău că oamenii nu se identifică cu problemele lor şi că dificultăţile lor sunt construcţii sociale şi personale, nu poţi vedea transformările. Când White şi Epston sunt în acţiune poţi spune cu toată convingerea că oamenii nu sunt una cu problemele lor. Vocea lor, postura lor, fiinţele lor în întregime radiază posibilităţi şi speranţe. Ei sunt cu adevărat sub influenţa Optimismului" (O'Hanlon, 1994, p. 28).

V.7. Terapia integrativă de familie

Terapia integrativă de familie (IFT) a fost dezvoltată în 1975 de către William Walsh şi este unul dintre primele modele combinatorii ale terapiei de familie. Aşa cum se întâmplă cu multe modele terapeutice, şi acesta a suferit transformări în ultimele două decenii. Cu toate acestea, caracteristicile modelului original se păstrează încă şi îl diferenţiază de alte modele mai recent introduse. Nici un alt nume nu a mai fost folosit pentru terapia de familie integrativă, chiar dacă aceasta a suferit noi transformări.

Educat şi instruit în spiritul unui terapeut de orientare individuală tradiţională, William Walsh s-a orientat treptat către gândirea sistemică. Astfel, el a încorporat multe dintre ideile evoluate ale noului domeniu de terapie a familiei. Inovaţia lui în terapie a fost făcută prin intermediul modelelor individuale tradiţionale de consiliere. Orientarea profesională introdusă în şcoală accentua aceste modele individuale, dar treptat a introdus concepte şi practici specifice terapiei de grup. Această combinare a modelelor de grup cu cele individuale a condus la creşterea interesului pentru teoriile terapiei de familie.

Walsh (1980) îşi sintetizează poziţia teoretică spunând: „Aceasta este pentru mine metoda cea mai eficientă în ceea ce priveşte situaţiile-problemă ale oamenilor, ale problemelor cu care m-am întâlnit în activitatea mea profesională. Oricum, eu încă mă bazez pe conceptele dezvoltării personalităţii individuale pentru a înţelege complexitatea vieţii de familie".

Premise conceptuale

Terapia de familie integrativă reprezintă integrarea mai multor componente ce fac parte din diferite modele terapeutice de familie într-un model consistent. Aceste modele aparţin câtorva dintre cei mai importanţi teoreticieni (în principal Satir, Minuchin şi Adler). Anumite idei şi tehnici au fost selectate dintre aceste modele şi modificate astfel încât să se potrivească filosofiei şi personalităţii lui William Walsh.

Ea reprezintă, de asemenea, integrarea acelor concepte ale diferitelor orientări terapeutice printre ideile tradiţionale despre dezvoltarea personalităţii individuale. Un practician al acestei metode poate urma oricare dintre multele modele intrapsihice ale terapiei şi le poate combina, de asemenea, cu principalele tehnici sau accepţii ale componentei sistemice a terapiei familiale integrative.

Terapia de familie integrativă este unică în domeniu în zilele noastre deoarece încurajează combinarea oricărui model intrapsihic (individual) cu cele patru modele dinamice interpersonale. Cele mai integrative teorii combină numai un model intrapsihic cu componentele sistemice.

În terapia integrativă, familia este văzută ca o reţea de relaţii specifice de interacţiune şi interdependenţă. Fiecare persoană din familie, ca şi în grupurile sau clasele de individualităţi, este o parte din întreg. Modelul terapeutic de familie integrativ concepe familia ca fiind influenţată considerabil de aspectele eredităţii ei unice şi de mediul ei specific. Fiecare persoană din familie reacţionează în mod diferit la influenţele de mediu.

Toate comportamentele, atitudinile, valorile şi sentimentele pot fi raţionale sau iraţionale, adică stimulatoare sau disfuncţionale pentru individ sau pentru sistemul familial. Contextul în care sunt descrise este determinant, ca şi aspectele care nu au importanţă esenţială în ele însele. Întreaga situaţie trebuie luată în considerare atunci când se face evaluarea familiei, inclusiv sexul, rasa sau nivelul de cultură.

Un concept important al terapiei integrative este cel de stabilitate. Toate individualităţile şi toate sistemele îşi doresc stabilitate atunci când în organism există nişte nevoi umane, nişte tensiuni. Satisfacerea acelor nevoi reduce tensiunea şi reechilibrează organismul. Când nevoile sunt nesatisfăcute, tensiunea rămâne în sistem şi organismul trebuie să găsească alte căi de a se echilibra. Cele mai multe metode alternative încearcă să reducă acea tensiune, nu să satisfacă nevoile. În terapia de familie integrativă toate componentele unei individualităţi sau ale unui sistem sunt privite ca încercări ale organismului de a se conserva sau de a evolua.

În terapia de familie integrativă, structura familiei este o variaţie a modelului structural dezvoltat de Salvador Minuchin (1972). Accentul cade pe trei subunităţi principale ale familiei:

- maritală (conjugală/adultă);
- parentală (relaţiile dintre şi cu părinţii);
- fraternă (relaţiile cu surorile şi fraţii),

dar şi pe limitele din interiorul şi din jurul acestei unităţi.

Subunitatea maritală este compusă din membrii adulţi ai familiei care sunt legaţi de factorii emoţional, sexual sau economic. Această subunitate este sursa satisfacerii nevoii adulte în familia funcţională. În familia disfuncţională ea este frecvent zona de conflict, răzbunare sau evitare.

Subunitatea parentală este cea care guvernează familia, este sursa deciziilor, a stabilirii de scopuri, a hrănirii întregii unităţi familiale. Subunitatea parentală funcţionează cel mai bine dacă adulţii lucrează în echipă.

Subunitatea fraternă este compusă din copiii familiei. În mod ideal, ea ajută la dezvoltarea adulţilor responsabili şi funcţionali. Într-o familie disfuncţională (nefuncţională), această subunitate este sursa unei suferinţe acute şi a comportamentului unei comunicări mai mult gestuale. Astfel, ea reprezintă o multitudine de puncte de referinţă în terapia de familie.

Graniţele familiei, aşa cum le descrie Minuchin (1974), sunt o parte a structurii familiei. Graniţele clar trasate ale unităţii familiale permit un flux, cu două sensuri, al informaţiilor şi al activităţilor între familie şi lumea din afară. Graniţele difuze creează confuzie şi încurcături. Cele rigide stimulează superprotecţia care dă naştere izolării şi lipsei de angajare (responsabilitate). Graniţele clar trasate, difuze şi rigide există, de asemenea, în interiorul familiei, între subunităţi.

Principiul comunicării şi al percepţiei (CIP) din cadrul terapiei de familie integrative este o variaţie a teoriei Virginiei Satir (1967) şi se bazează pe concepţia lui Barnhill (1979). Satir priveşte comunicarea şi percepţia ca pe un proces total, iar Barnhill priveşte comunicarea şi percepţia ca două părţi ale unui proces numit procesarea informaţiei. Percepţia defectuoasă este considerată o disfuncţionalitate mult mai des întâlnită în familiile în care nu se comunică. Comunicarea înseamnă transmitere de mesaje. Percepţia are două părţi constituente:

- ascultarea mesajului, verbal şi nonverbal;
- înţelegerea mesajelor implicit sau explicit.

În cele mai multe cazuri, o familie va trebui să facă ceva schimbări în procesul de comunicare/percepere pentru a maximiza realizarea funcţiilor. Identificând elementul nefuncţional în comunicare sau percepţie, este posibilă o strategie de interrelaţionare mult mai adecvată. Problemele obişnuite de comunicare sunt reprezentate de mesaje indirecte, ambigue, incomplete sau duble. Problema de percepţie cel mai des întâlnită este comportamentul defensiv adoptat de cel care ascultă mesajul.

Un alt concept important pe care se bazează terapia integrativă de familie este acela de rol. Un rol este un set de comportamente generale şi specifice previzibile care sunt acceptate sau atribuite fiecărui individ. Un rol poate implica datorii specifice care trebuie îndeplinite după un program regulat sau poate consta într-un mod anume de comportament cu ceilalţi. Din moment ce realizarea sarcinilor este esenţială pentru îndeplinirea diferitelor funcţii ale familiei, comportamentele previzibile potrivite şi realiste sunt în mod particular

caracteristici decisive. Dacă aşteptările sunt împlinite, rezultatele din punct de vedere emoţional, fizic sau material sunt pozitive. Dacă aşteptările/perspectivele nu sunt urmate întocmai, rezultatele sunt negative. Această succesiune (dependenţă) este numită procesul de responsabilizare faţă de rol (*The Role Responsability Process*).

Un subiect de „discuţie în familie" este definit ca orice problemă (productivă sau contraproductivă) care apare frecvent într-o familie şi care reţine o mare parte a interesului şi a atenţiei membrilor săi. Toate familiile au câteva astfel de teme majore identificabile. Procesul terapeutic are în vedere temele de discuţie negative, pe care îşi propune să le elimine.

Dinamicile personalităţii individuale (IPD) reprezintă strategiile pe care un individ le foloseşte în organizarea, înţelegerea şi completarea sarcinilor în traiul de zi cu zi. Dinamicile personalităţii sunt mijloace făţişe versus ascunse folosite pentru satisfacerea nevoilor personale. Mijloacele funcţionale conduc la stări de confort şi de bine în general. Dinamicile nefuncţionale (disfuncţiile) distorsionează sau evită realitatea în încercarea lor de detensionare imediată. Modelele terapeutice individuale (de exemplu, terapia raţional-emotivă, gestalt-terapia, terapia psihodinamică, terapia centrată pe client) folosite de terapeuţi sunt corespunzătoare filosofiei de viaţă a individului. Aceasta include şi strategiile sale personale de a face faţă sau de a se schimba.

Terapia integrativă ia în considerare câteva sarcini/probleme pe care familiile le consideră ca fiind funcţionale. În mod tradiţional, familia era mijlocul principal prin intermediul căruia se manifestau formele comunicării, acumularea de informaţii şi de deprinderi. Părinţii şi bunicii sunt primii cu care copilul vine în contact. Procesul de învăţare este stabilit devreme şi el continuă sub formă de predare/învăţare. Dacă un copil se maturizează într-un mod sănătos, el ajunge să îi înveţe la rândul lor pe părinţi, venind cu noi idei şi cu noi moduri de comportare. Astfel, un proces de predare/învăţare se dezvoltă printre toţi membrii familiei. Deschiderea şi reciprocitatea acestui proces poate fi un barometru pentru sănătatea unei familii.

Este important ca atât întreaga familie, cât şi fiecare membru individual al său să beneficieze de suportul financiar şi emoţional şi de încurajare. Absenţa unui astfel de suport poate determina o reacţie de insecuritate şi poate deveni o sursă de anxietate durabilă, atât la copii, cât şi la adulţi.

Aşa cum afirmam mai sus, Walsh pune un accent deosebit pe stabilitate, ca un aspect important în funcţionarea familiei. Caracteristicile stabile valabile pentru toţi membrii unei familii pot închega o structură de sine stătătoare într-o lume confuză şi mereu în schimbare. Rutina de zi cu zi este văzută ca o sursă de siguranţă pentru copii. Un anume tip de viaţă – un timp anume de dus la culcare şi de trezire, orele fixe pentru mese, tradiţiile sezoniere – reprezintă un mod de a încuraja sentimentul de stabilitate, de siguranţă în familie.

Reciprocitatea se referă la procesul muncii în familie care trebuie să se facă în comun şi pentru ţinte comune. Fiecare membru al familiei ştie că poate să beneficieze de sprijinul celorlalţi în vremuri de restrişte. Oricum, fiecare are (în acelaşi timp) nevoie de timp şi spaţiu privat/aparte pentru a se dezvolta ca individualitate, separat de unitatea familiei. Astfel că atât reciprocitatea, cât şi intimitatea sunt la fel de importante în sistemul familiei.

Încurajarea independenţei este crucială pentru dezvoltarea gradată a unei sănătoase formări de opinie personală la toţi membrii unei familii. Copiii trebuie învăţaţi şi încurajaţi

să acţioneze de unii singuri în unele situaţii, să depindă doar de ei înşişi. Acest proces ar trebui să înceapă încă din prima copilărie, profitând de comportamentele specifice vârstei.

Din punctul de vedere al lui Walsh, stabilirea de perspective nerealiste în ce priveşte indivizii familiei sau unitatea familială constituie o sursă de conflicte şi nefericire/ tristeţe. Oricum, este esenţial pentru o dezvoltare ordonată a tuturor să se stabilească termene rezolvabile pentru scopurile pe termen lung sau scurt. Perspectivele rezolvabile sunt acelea pe care le acceptă ca atare toţi cei implicaţi; toţi trebuie să aibă şanse de a se realiza. Aceasta se întâmplă mai mult într-o familie în care există discuţii deschise şi luări de decizii în comun.

Rezolvarea problemelor este o altă funcţie importantă a familiei. Întrebarea-cheie în această sarcină este: „Cum sunt problemele definite şi rezolvate în prezentul apropiat?". Importantă este însă şi întrebarea: „Foloseşte familia un proces rigid care permite puţine elemente noi sau nici unul, ori foloseşte un proces flexibil care este deschis noilor date, mereu în căutare de a găsi noi soluţii sau alternative?". Mare parte din procesul terapeutic gravitează în jurul modului în care oamenii se pot ajuta să stabilească şi să menţină metode eficiente de rezolvare a problemelor.

Procesul de evoluţie a familiei este conceptualizat în funcţie de direcţiile sănătoase/ normale şi nesănătoase/nenormale pe care o familie le alege. Două individualităţi se întâlnesc, formează un cuplu, de obicei are loc şi o căsătorie. Fiecare jumătate a cuplului aduce în această nouă relaţie atât fondul ei propriu, căpătat în familia de origine, bagajul de bază (legat de originile personalităţii ei), cât şi dinamicile propriei personalităţi. Încă de la început, relaţia îşi dezvoltă propriile dinamici şi propriile caracteristici; cei doi dezvoltă metode de abordare reciprocă în cadrul unei relaţii intime. Ei creează drumuri comune de intersectare cu lumea din afară. Eventual, acest cuplu poate avea copii, limitând numărul interacţiunilor posibile în noua familie. Maturizarea şi îmbătrânirea membrilor familiei produc stări conflictuale şi tensionate. Tensiunea se produce când în procesul vieţii cotidiene membrii individuali interacţionează între ei, dar şi cu ceilalţi, din lumea din afară. Ei încearcă să copieze atât dinamicile şi caracteristicile relaţiilor din afară (inclusiv tensiunile şi problemele rezolvate pe care le implică orice relaţie unică, individuală), cât şi datele noi care aparţin acestei lumi exterioare. Toate acestea pot fi asimilate într-un mod adecvat şi funcţional sau pot fi deviate şi nefuncţionale/disfuncţionale.

Familiile cu capacităţi funcţionale de rezolvare a propriilor probleme nu prea sunt implicate în terapie. Din contră, ele sunt capabile să-şi rezolve problemele singure. Cele care nu posedă astfel de capacităţi funcţionale sfârşesc în disfuncţionalitate şi sunt mai predispuse la a fi prezente în cabinetele terapeutice.

Dacă familia şi-a stabilit un proces funcţional (de exemplu, formarea relaţiilor adecvate şi dezvoltarea dinamicilor şi caracteristicilor unice) şi şi-a adăugat noi date, va ajunge la o rezolvare folosind în favoarea ei apariţia conflictelor şi a tensiunilor („jonglând" cu ele).

În terminologia terapiei integrative de familie, familia de succes are un proces de rezolvare a problemelor care funcţionează foarte bine. O familie rezultată din soţi care au mai fost căsătoriţi este în mod particular vulnerabilă în acest sens. În mod frecvent, familiile perpetuează disfuncţia refuzând să se schimbe (rezolvare de probleme rigidă) sau nefiind conştiente de variantele pe care le au la dispoziţie. Disfuncţia se reflectă la unul sau mai mulţi membri ai familiei. Când procesul nesănătos a apărut de mai mulţi ani, familia nu mai poate rezista stresului şi presiunii. Este momentul în care e nevoie ca un profesionist să intervină.

Familia poate să caute ajutor în instituţiile sociale care o vor recomanda pentru tratament după ce au înregistrat dificultăţile prin care aceasta trece. Familia poate refuza să recunoască problema sau poate să caute ajutor specializat. Dacă familia alege să caute ajutor, terapeutul, văzut ca specialist, începe prin identificarea disfuncţiei şi apoi ajută familia să facă schimbări rectificatoare. Procesul poate fi pe termen scurt sau pe termen lung. Intervenţia are succes când membrii familiei dezvoltă noi modalităţi de a relaţiona între ei, noi metode de rezolvare a problemelor şi o mai mare înţelegere a lor înşişi, precum şi a celorlalţi. După terminarea terapiei, familia poate întâlni şi rezolva stresul şi conflictele viitoare.

Scopurile terapiei integrative de familie

Obiectivele urmărite în terapia integrativă de familie sunt:

- remedierea dificultăţilor specifice imediate (priveşte indivizii şi familia ca întreg);
- construirea unui proces satisfăcător de rezolvare a problemelor, pe care atât membrii, cât şi familia ca întreg îl pot folosi pentru a face faţă problemelor viitoare.

Procesul terapeutic

Terapia integrativă de familie este un proces bine definit şi structurat, cu o durată de 10 şedinţe. Are stagii de dezvoltare specifice, fiecare stagiu având anumite sarcini de realizat.

Principala sarcină a primei şedinţe este structurarea. Observaţia şi evaluarea se fac după ce terapeutul şi-a structurat şedinţa şi a luat contact cu fiecare membru al familiei. Evaluarea se face în primele două şedinţe.

Pentru a realiza un tablou diagnostic al familiei sunt folosite cinci caracteristici ale familiei:

- structura familială;
- comunicarea şi percepţia;
- responsabilitatea de rol;
- temele familiei;
- dinamica personală a membrilor.

Familia ca întreg şi fiecare individ în parte sunt evaluaţi în ceea ce priveşte dinamica specifică şi generală. Terapeutul identifică şi izolează problemele specifice care au adus familia la terapie şi le transformă în obiective pe termen scurt; obiectivele pe termen lung rezultă din disfuncţia generală, difuză, ce cauzează suferinţa familială. Evaluarea situaţiei, făcută de terapeut, este împărtăşită membrilor familiei, de obicei în a doua şedinţă, şi adesea este prezentată în scris. Terapeutul impune control de la începutul primei şedinţe. Relaţia este consultativă, cu terapeutul văzut ca profesionist. Există câteva caracteristici definitorii ale procesului terapeutic integrativ:

- toţi membrii familiei trebuie încurajaţi să se manifeste astfel încât terapeutul să observe cum interacţionează, să-i familiarizeze cu procesul de consiliere, să strângă informaţii de la cei de faţă;
- terapeutul comunică încredere, acceptare, confidenţialitate şi o abordare pozitivă necondiţionată fiecărui membru;
- terapeutul oferă un model pentru desfăşurarea procesului de comunicare şi percepere sănătoase;
- îi învaţă şi le demonstrează care sunt bazele sistemului de gândire pentru a începe trecerea de la gândirea liniară la cea sistemică.

În ceea ce priveşte intervenţia terapeutică, iată care sunt aspectele importante:

1. Stabilirea unor obiective pe termen scurt şi mediu care determină intervenţiile prezente şi viitoare; ele sunt discutate în grup şi notate într-o fişă. Familia acceptă sau modifică fişa. Noile informaţii sunt înregistrate ca progrese ale terapiei.
2. Prezentarea şi discutarea fişei de evaluare – acesta este începutul etapei de intervenţie. În discuţie sunt folosite exemple din şedinţele anterioare pentru a ilustra fiecare punct.
3. Introducerea tehnicilor terapeutice – sunt folosite ca să deplaseze familia spre procesul schimbării şi servesc scopurilor trecute în fişa întocmită.

Prima sarcină pentru menţinerea schimbării este întărirea noilor patternuri şi comportamente interacţionale. Terapeutul poate continua strategia, dar ea să fie mai puţin activă şi directivă. Familia începe să preia mai mult responsabilitatea în ceea ce priveşte comportamentul trecut şi viitor. Pauzele dintre şedinţe sunt mărite treptat, astfel încât terapeutul să se retragă din poziţia centrală faţă de familie. El va asista familia în generalizarea noilor comportamente şi *insight*-uri.

Terminarea terapiei este indicată când familia prezintă următoarele comportamente:

- conflictele de zi cu zi sunt rezolvate în moduri mutual satisfăcătoare;
- membrii exprimă optimism în legătură cu planurile de viitor;
- familia fixează scopuri realiste pentru ea ca întreg şi pentru fiecare membru în parte;
- fiecare membru a interiorizat noile comportamente, atitudini şi sentimente.

În timpul ultimei etape sunt indicate intervale de patru săptămâni. În procesul terminal sunt prevăzute următoarele sarcini:

- terapeutul trece în revistă întregul proces terapeutic şi accentuează în mod special noile comportamente şi patternuri de interacţiune;
- terapeutul verifică trăirile fiecărei persoane şi atitudinile în ceea ce priveşte schimbările care au avut loc, pentru a vedea dacă fiecare a personalizat şi interiorizat schimbările;
- sunt discutate viitoarele obiective pentru familie şi pentru indivizi;
- terapeutul oferă un feedback verbal şi scris familiei în ceea ce priveşte percepţia lui asupra procesului terapeutic.

Tehnicile terapiei integrative de familie

Poate fi folosită orice tehnică ce este bine primită, indiferent de modelul de terapie familială. Tehnica trebuie să se potrivească cu nevoile şi scopurile familiei pentru a fi originală şi productivă. Iată câteva exemple comune de intervenţii:

- prezentarea şi discutarea fişei de evaluare, la începutul etapei de intervenţie (fiecare punct din fişă este discutat cu familia şi sunt date exemple din şedinţele anterioare);
- discutarea şi punerea în acţiune a situaţiilor problematice specifice (prin discutarea exemplelor recente ale situaţiilor conflictuale). Terapeutul generalizează soluţiile alternative de rezolvare, poate ghida indirect (nondirectiv) sau activ-manipulativ o situaţie în funcţie de capacităţile familiei şi de orientarea sa teoretică;
- folosirea tehnicilor de confruntare care să-i ajute să comunice mai eficient unii cu alţii. Terapeutul încurajează toţi membrii familiei să discute deschis şi direct

percepţiile şi reacţiile lor la anumite situaţii. Atmosfera de încredere şi onestitate reduce teama de pedeapsă;

- folosirea comunicării, pentru a verifica acurateţea percepţiilor din partea tuturor membrilor familiei. Terapeutul stabileşte un model de verificare continuă a propriei percepţii asupra a ceea ce s-a comunicat şi încurajează membrii familiei să facă la fel. Afirmaţiile şi percepţiile incorecte trebuie identificate şi corectate;
- definirea rolurilor şi expectaţiilor pentru fiecare membru. Terapeutul încurajează toţi membrii familiei să-şi identifice aşteptările specifice faţă de fiecare şi sarcinile care rezultă din rol. Poate fi necesară negocierea pentru găsirea unor poziţii mutual satisfăcătoare. Trebuie stabilite consecinţele neîndeplinirii sarcinilor;
- stabilirea regulilor generale sau specifice după care se vor guverna membrii familiei în fiecare zi. Membrii familiei vor decide cum vor să organizeze modelele de viaţă curentă;
- încurajarea familiei să ţină întruniri regulate care să suplimenteze contactele terapeutice. La început, întâlnirile pot fi folosite pentru exersarea şi întărirea noilor comportamente învăţate în terapie. Întâlnirile pot eventual lua locul terapiei;

După cum se poate concluziona, terapeutul este un profesionist cu abilităţi specifice care este angajat drept consultant în asistarea familiilor aflate în anumite situaţii problematice. Relaţia nu este una de putere sau de opoziţie. Într-un anumit sens, relaţia terapeutică este considerată un aranjament ca în afaceri (care se întâmplă să implice intens idei personale, sentimente şi comportamente).

Terapeutul controlează şedinţa de terapie prin structurarea şi inducerea încrederii şi optimismului membrilor familiei în ceea ce priveşte potenţialul pentru schimbarea care va urma. Astfel, familia experimentează ordinea şi stabilitatea în timpul şedinţei.

Comportamentul terapeutului oferă modele de rol pentru a fi imitate de clienţi în timpul şedinţelor şi în contactele exterioare. Prin modelarea unor procese sănătoase de comunicare şi percepţie, terapeutul învaţă familia ca unitate şi membrii ei pentru a primi feedbackuri din partea lor şi pentru a interveni activ în patternurile familiei.

Concluzii

Validitatea şi eficienţa terapiei integrative de familie au fost testate în primul rând pe baza experienţelor terapeuţilor şi a raporturilor de schimbare a familiilor pe o perioadă de 20 de ani. În ultimii 10 ani, o scală gradată de comparare a obiectivelor de pe fişa iniţială cu evaluarea finală a terapeutului şi a familiei a fost folosită pentru a înregistra gradul de schimbare a variabilelor principale ale familiei (Walsh, 1991). O scală în 5 puncte (de la 1 = nici un obiectiv atins, până la 5 = toate obiectivele atinse) este completată de terapeut după şedinţa finală. Alegerile familiilor se înscriu între 2 şi 5, cu media 4,2.

Un studiu efectuat de Walsh şi Wood (1983) a comparat scala dinamicii vieţii familiale, un instrument bazat pe modelul integrativ, cu câteva alte scale de măsurare a familiei. Douăzeci şi şase de familii care au fost în terapie familială din cauza dificultăţilor cu un membru adolescent au fost subiecţii studiului. Folosindu-se testele de semnificaţie statistică, instrumentul a fost găsit folositor în identificarea gradului disfuncţionalităţii în familie. Descoperirile au fost, de asemenea, consistente cu evaluările independente ale terapeuţilor. Un grad mare de consistenţă a fost observat între variabilele identificate în

acest studiu şi două studii principale pe baza altor instrumente similare (Lewis, Beavers, Gossett, Austin, 1976; Faunce, Riskin, 1970). Au fost găsite următoarele corespondente:

- familiile funcţionale, în mod obişnuit, aveau un ton emoţional expresiv cald şi erau în general mai deschise şi empatice;
- nivelul scăzut al conflictului caracterizează familiile mai sănătoase;
- coaliţii parentale fără tulburări ies în evidenţă la familiile sănătoase, iar o compoziţie pe subsisteme, în general, a fost înalt corelată cu gradul disfuncţionalităţii;
- familiile mai sănătoase au tendinţa să fie mai transparente în exprimarea gândurilor şi sentimentelor;
- relaţia dintre distorsiunea perceptivă şi disfuncţionalitate a fost găsită ca fiind mai puternică decât relaţia dintre comunicarea perturbată şi disfuncţionalitate.

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA

Bibliografie

Albernhe, K.; Albernhe, T. (2000), *Les thérapies familiales systémiques*, Masson, Paris.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mintal Disorders*, ediţia a IV-a, Author, Washington, D.C.

Anderson, W. (1997, 1999), *Curs practic de încredere*, Editura Curtea Veche, Bucureşti.

Aries, P. (1980, 1998), „Reflecţii asupra istoriei homosexualităţii", în P. Aries şi A. Bejin (coord.), *Sexualităţi occidentale*, Editura Antet, Oradea, pp. 83-99.

Arondfreed, J. (1970), „The socialization of altruistic and sympathetic behaviour: some theoretical and experimental analyses", în J. Macaulay şi Berkowitz (eds.), *Altruism and helping behaviour*, New York Academic Press, New York.

Asociaţia Psihiatrilor Americani (1987), *Manualul pentru diagnosticul şi statistica tulburărilor mintale*, editat de Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România (1993).

Axline, V.M. (1993), *Play Therapy*, Houghton Mifflin Company, Boston.

Barkley, R.A. (1991), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*, The Guilford Press, New York.

Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J.; Weakland, J.H. (1962), „A Note on Double-bind", în *Family Process*, vol. 2, pp. 154-161.

Băloiu, I.C. (1997), „Locul controlului. Percepţia cauzalităţii în comportament şi funcţiile ei reglatoare", *Psihologia*, nr. 2, pp. 44-46.

Beauvoir, S. de (1949, 1998), *Al doilea sex*, Editura Univers, Bucureşti.

Beauvois, J.L.; Dubois, N. (1994, 1998), „Credinţe interne şi credinţe externe", în S. Moscovici (coord.), *Psihologia socială a relaţiilor cu celălalt*, Editura Polirom, Iaşi, pp. 135-149.

Becvar, D.S.; Becvar, R.J. (1996), *Family Therapy. A Systemic Integration*, Allyn & Bacon, Boston.

Bell, J.E. (1975), *Family Group Therapy*, Jason Aronson, New York.

Bell, R. (1979), *Marriage and Family Interaction*, The Dorsey Press, Chicago.

Bellah, R. (coord.) (1985, 1998), *Americanii. Individualism şi dăruire*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Bender, William N. (1993), *Learning Disabilities: Best Practice for Professionals*, Read Publishing Inc., SUA.

Benedict, R. (1943), *Romanian Culture and Behavior*, noiembrie, New York.

Bettelheim, B. (1976), *Psychanalyse des contes de fées*, Robert Laffont, Paris.

Bigelow, B. (1993), *The Development of Children's Friendship Expectations. A Cognitive and Behavioral Perspective*, University of Dundee, New York.

Bing, E. (1970), „The conjoint family drawing", în *Family Process*, nr. 9, pp. 173-194.

Birch, A. (1988, 2000), *Psihologia dezvoltării*, Editura Tehnică, Bucureşti.

Bly, R. (1992), *Per diventare uomini*, Mondadori, Milano.

Bodreault, M.; Thivierge, J.; Cote, R.; Boutin, P.; Julien, J.; Bergeron, S. (1988), „Cognitive development and reading achievement in pervasive – ADD and control children", în *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 29, nr. 5.

Boerescu, N. (1908), *Morala în acţiune în familie*, Tipografia Transilvania, Piteşti.

Bolboceanu, A.V. (1992), „Despre băieţi şi fete: calităţi şi defecte", în *Psihologia*, nr. 2, pp. 26-27.

Boria, G. (1996), *Spontaneitate şi întâlnire*, trad. rom. Fermata Jude, Universitatea de Vest, Timşoara.
Bourdieu, P. (1974), „Avenir de classe et causalité du probable", în *Revue française de sociologie*, XV, pp. 3-42.
Bowen, M. (1975), „Family therapy after 25 years", în S. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, vol. 5, Basic Books, New York.
Bowen, M. (1978), *Family Therapy in Clinical Practice*, Jason Aronson, New York.
Bowlby, J. (1980), *Attachement and Loss : Loss, Sadness and Depression*, Basic Books, New York.
Bowlby, J. (1971), „Attachement and loss", în *Attachment*, vol. 1, Pelican, Harmondsworth.
Boyd, Webb Nancy (1999), *Play Therapy with Children in Crisis*, The Guilford Press, New York.
Breen, M.J. (1989), „Cognitive and behavioral differences in ADHD boys and girls", în *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 30, nr. 5.
Brenner, A. (1984), *Helping Children Cope with Stress*, Lexington Books, Lexington, Massachusetts.
Brim, O. (1958), „Family structure and sex role learning by children : a further analysis of Helen Koch's data", în *Sociometry*, nr. 21, pp. 1-15.
Brown, R. (1995), *Prejudice. Its Social Psychology*, Blackwell, Cambridge.
Browne, A. (1999), „Gender stereotypes in advertising on children's television in the 1990's, a cross-national analysis", în *Journal of Advertising*, nr. 27, pp. 83-97.
Buckman, R. (1988), *I Don't Know to Say... How to Help and Support Someone Who is Dying*, Papermac, Londra.
Burbatti, G.L. ; Castoldi, I. ; Maggi, L. (1993), *Systemic Psychotherapy with Families, Couples and Individuals*, Jason Aronson Inc., New Jersey.
Busby, L. (1975), „Sex role research on the mass-media", în *Journal of Communication*, nr. 25, pp. 107-131.
Byrd, W. (1989), *Counseling and Children*, Word Publishing, New York.
Byrne, D. ; Clore, G. ; Worchel, P., „The effect of economic similarity – dissimilarity in interpersonal attraction", în *Journal of Personality and Social Psychology*.
Cattanoch, A. (1997), *Children's Stories in Play Therapy*, Jessica Kingsley Publishers Pennsylvania.
Ciorbea, I.D. (1998), „Timiditatea – o boală socială", în *Psihologia*, nr. 5, pp. 26-28.
Ciupercă, C. (2000), *Cuplu modern între emancipare şi disoluţie*, Editura Tipoalex, Alexandria.
Corey, G. (1988), *Groups – Process and Practice*, Brooks/Cole Publishing, Monterey, California.
Corte, E. ; Weinert, F. (1996), *International Encyclopedia of Developmental and Instructional Psychology*, Pergamon, Oxford.
Cosmovici, A. ; Iacob, L. (1998), *Psihologie şcolară*, Editura Polirom, Iaşi.
Cucu-Ciuhan, G. (2000), *Hiperactivitatea cu deficit de atenţie la copil : o abordare psihoterapeutică*, teză de doctorat, Universitatea Bucureşti.
Cucu-Ciuhan, G. (2000), *Psihologia şcolarului mic : dezvoltare normală, psihopatologie şi psihoterapie*, Editura Sylvi, Bucureşti.
Dafinoiu, I. (2000), *Elemente de psihoterapie integrativă*, Editura Polirom, Iaşi.
Davey, A. (1983), *Learning to be Prejudiced*, Edward Arnold, Londra.
Davies, B. (1991), *Frogs and Snails and Feminist Tales*, Allen & Unwin, Sydney.
Deth van, J. (1995), „The Impact of Values", în J. van Deth şi E. Scarbrought (coord.), *The Impact of Values*, Oxford University Press, Oxford.
Dincă, M. (1996), „Cât de important este să te îndrăgosteşti de o idee şi să o urmăreşti cu stăruinţă", în *Psihologia*, nr. 4, pp. 3-5.
Dobsen, K.S. ; Kendall, P.C. (1993), *Psychopathology and Cognition*, Academic Press Inc., Londra.
Doyle, C. (1997), *Working with Abused Children*, Macmillan Press LTD, Londra.
Dreikus, R. (1974), *Family Council*, Henry Regnery, Chicago.
Duhl, B.S. (1983) *From the Inside Out and Other Metaphors*, Brunner & Mazel, New York.
Duhl, F.J. ; Kantor, D. ; Duhl, B.S. (1973), „Learning, space and action in family therapy : a primer of sculpture", în D.A. Block (ed.), *Techniques of Family Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York.

Dumas, J. (1992), „Conduct disorders", în *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, Wiley Interscience, New York.
Durkin, K. (1995), *Developmental Social Psychology : From Infancy to Old Age*, Blackwell, Cambridge.
Durning, P. (1995), *Education familiale. Acteurs, processus et enjeux*, PUF, Paris.
Duveen, G. ; Lloyd, B. (1986), „The significance of social identities", în *British Journal of Social Psychology*, nr. 25, pp. 219-230.
Dwivedi, K.N. (1996), *Group Work with Children and Adolescents*, Jessica Kingsley Publishers, Londra şi Bristol, Pennsylvania.
Eiser, C. (1990), *Chronic Childhood Disease. Art Introduction to Psychological Theory and Research*, Cambridge University Press, Cambridge.
Elder, A. (1949), „Traditional and development conception of patherhood", în *Marriage and Family Living*, nr. 11.
Fagan, J. ; Singer, L. (1979), „The role of simple feature differences in infants' recognition of faces", în *Infant Behavior and Development*, nr. 2, pp. 39-45.
Fagot, B. ; Hagan, R. ; Leinbach, M., Kronsberg, S. (1985), „Differential reactions to assertive and communicative acts of toddler boys and girls", în *Child Development*, nr. 56, pp. 1499-1505.
Fein, G. ; Johnson, D. ; Kosson, N. ; Stork, L. ; Wasserman, L. (1975), „Sex stereotypes and preferences in the toy choices of 20-month-old boys and girls", în *Developmental Psychology*, nr. 11, pp. 527-528.
Fergusson, D.M. ; Howood, L.J. ; Lynskey, M.T. (1993), „The effects of conduct disorder and attention defficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 3, nr. 6.
Fisch, R. ; Weakland, J.H. ; Segal, L. (1986), *Tactiques du changement. Thérapie et temps court*, Du Seuil, Paris.
Fischer, G. (2001), *Tratat de psihotraumatologie*, Editura Trei, Bucureşti.
Forquin, J.C. (1982), „L'approche sociologique de la réussite et de l'échec scolaire : inégalité de réussite scolaire et appartenance sociale", în *Revue française de pédagogie*, nr. 59, pp. 52-75 ; nr. 60, pp. 51-70.
Froehlich, M. A. (2000), *An Early Journey Home : Helping Families Work through the Loss of a Child*, Discovery House Publishers, Michigan.
Frumuşani, D. ; Popa, G. (1997), „Roluri, modele ocupaţionale şi familiale în *Abecedar*", în L. Grünberg ; M. Miroiu (coord.), *Gen şi educaţie*, Editura Ana, Bucureşti, pp. 35-39.
Geddes, M. ; Medway, Y. (1977), „The symbolic drawing of family life space", în *Family Process*, nr. 16, pp. 219-228.
Gelder, M. ; Gath, D. ; Mayou, R. (1994), *Tratat de psihiatrie Oxford*, ediţia a II-a, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România şi Geneva Initiative on Psychiatry.
Ghiran, V. (1991), *Psihiatria copilului şi adolescentului*, Universitatea de Medicină şi Farmacie, Cluj-Napoca.
Giddens, A. (1989, 2000), *Sociologie*, Editura All, Bucureşti.
Gleeson, D. ; Parker, D. (1989), „Hyperactivity in a group of children referred to a scottish child guidance service : a significant problem", în *The British Journal of Educational Psychology*, vol. 61, nr. 2.
Goldberg, S. ; Lewis, M. (1969), „Play behavior in the year-old infant : early sex differences", în *Child Development*, nr. 40, pp. 21-31.
Goodman, N. (1992), *Introduction to Sociology*, Harper & Collins, New York.
Gordon, D. (1978), *Therapeutic Metaphors*, Meta Publications, Cupertino, California.
Gorell, Barnes G. (1988), *Family Therapy in Changing Times*, MacMillan Press, Basingstoke.
Greenberg, L.S. ; Johnson, S.M. (1988), *Emotionally Focused Therapy for Couples*, Guildford, New York.
Grünberg, L. (1997), „Cenuşăresele tranziţiei", în L. Grünberg ; M. Miroiu (coord.), *Gen şi societate*, Editura Ana, Bucureşti, pp. 40-55.
Grünberg, L. (1997), „Stereotipuri de gen în educaţie", în L. Grünberg ; M. Miroiu (coord.), *Gen şi educaţie*, Editura Ana, Bucureşti, pp.19-35.

Guido, B. ; Custoldi, I. ; Maggi, L. (1993), *Systemic Psychotherapy with Families, Couples and Individuals*, Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey, Londra.
Gurman, A. (1981), *Questions Answers in the Practice of Family Therapy*, Brunner & Mazel, New York.
Haley, J. (1990), *Strategies of Psychotherapy*, Triangle Press, New York.
Hebb, D.O. ; Thompson, W.R. (1954), „The social significance of animal studies", în G. Lindzey (ed.), *Handbook of Social Psychology*, vol. 1, Addison-Wesley Publishing, Reading, MA.
Hendrick, C. ; Page, H. (1970), „Self esteem, atitude, similarity and attraction" în *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 38.
Hill, R. (1981), *Family Development in Three Generations*, Schenkman, Cambridge, MA.
Hoffman, L. (1975), „Early childhood experiences and women's achievement motives", în M. Mednick ; S. Schwartz ; L. Hoffman (ed.), *Women and Achievement : Social and Motivational Analysis*, Hemisphere Publishing, Washington.
Holdevici, I. (1995), *Autosugestie şi relaxare*, Editura Ceres, Bucureşti.
Holdevici, I. ; Vasilescu, I.P. (1999), „Gândirea pozitivă", în I. Holdevici (coord.), *Gândirea pozitivă. Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală*, Editura Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti.
Huntley, T. (2001), *When Your Child Dies*, Augsburg, Minneapolis.
Iluţ, P. (2000), *Iluzia localismului şi localizarea iluziei*, Editura Polirom, Iaşi.
Ionescu, A. (2001), *Psihoterapie existenţială*, Editura SPER, Bucureşti.
Ionescu, G. (2000), *Psihiatrie clinică – standardizată şi codificată*, Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti.
Ionescu, G. (1995), *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie*, Editura Asklepios, Bucureşti.
Irwin, E.C. ; Rubin, J.A. (1981), *Drama in Therapy*.
Jackson, L. ; Ialongo, N. ; Stollak, G. (1986), „Parental correlates of gender role : the relations between parents' masculinity, feminity and child-rearing behaviors and their children's gender roles", în *Journal of Social and Clinical Psychology*, nr. 2, pp. 204-222.
James, K. ; McKinnon, L.M. (1986), „Theory and practice of structural family therapy : illustration and critique", în *Australian and New Zeeland Family Therapy Journal*, vol. 7, nr. 4.
Jewett, C.L. (1997), *Helping Children Cope with Separation and Loss*, Free Association Books, British Agencies for Adoption and Fostering, Londra.
Judd, D. (1993), „Communicating with dying children", în Dickenson., M. Johnson (eds.), *Death, Dying and Bereavement*, Open University Press and Sage Publications, Londra.
Jung, C.G. (1996), *Psihologie şi alchimie*, Editura Teora, Bucureşti.
Jung, C.G. (1994), *În lumea arhetipurilor*, Editura Jurnalul Literar, Bucureşti.
Jung, C.G. (1997), *Amintiri, vise, reflecţii*, Editura Humanitas, Bucureşti.
Kantor, D. ; Lehr, W. (1975), *Inside the Family*, Jossey Boss, San Francisco.
Kazdin, A. (1985), *Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*, The Dorsey Press, Illinois.
Kelley, G.A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, vol. 1, „A theory of personality", Norton, New York.
Kempler, W., (1973), *Principles of Gestalt family therapy*, Nordahls, Oslo.
Kempler, W., „Experiential family therapy", în *The International Journal of Group Psychotherapy*, nr. 15/1965, p. 5771.
Kepner, J. (1987), *Body Process : A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychoterapy*, Gardner Press, New York.
Kernberg, P.F. ; Chazan, S.E. (1991), *Children with Conduct Disorders. A Psychotherapy Manual*, Harper-Collins Publ., Basic Books, Londra.
Kerr, M.E. (1981), „Family systems theory and therapy", în A.S. Gurman, D.P. Kniskern (eds.), *Handbook of Family Therapy*, Brunner & Mazel, New York.
Kerr, M.E. ; Bowen, M. (1988), *Family Evaluation : An Approach Based on Bowen Theory*, W.W. Norton, New York.
Kestenbaum, C. ; Williams, D. (1988), *Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents*, New York University Press, New York.

Kohlberg, L. (1969), „Stage and sequence: the cognitive developmental approach to socialization", în D. Goslin (coord.), *Handbook of Socialization Theory and Research*, Rand McNally, Chicago, pp. 347-480.
Kohn, M.L. (1969), *Class and Conformity: A Study in Values*, University of Chicago Press, Chicago.
Kubler-Ross, E. (1993), *On Death and Dying*, Collier Books, MacMillan Publishing Company, New York.
Kunda, Z.; Sanitioso, R. (1989), „Motivated changes in self-concept", în *Journal of Experimental Social Psychology*, nr. 25, pp. 272-285.
Lafont, H. (1980, 1998), „Grupurile de tineri", în P. Aries şi A. Bejin (coord.), *Sexualităţi occidentale*, Editura Antet, Oradea, pp.189-205.
Lane, D.; Miller, A. (1997), *Child and Adolescent Therapy: A Handbook*, Open University Press, Buckingham.
Laqueur, H.P. (1970), „Multiple family therapy", în N.W. Ackerman (ed.), *Family Therapy in Transition*, Little Boston, Boston.
Laqueur, H.P. (1976), „Multiple family therapy", în J.P. Guerin (ed.), *Family Therapy: theory and Practice*, Gardner Press, New York.
Leonelli, E. (1994, 1997), *Dragoste şi sex*, Editura Doina, Bucureşti.
Lerner, J. (1989), *Learning Disabilities: Theories, Diagnosis and Teaching Strategies*, ediţia a V-a, Houghton Mifflin Company, Boston
Leve, R.M. (1993), *Child and Adolescent Psychotherapy*, Allyn & Bacon Publishing, New York.
Lever, J. (1978), „Sex differences in the complexity of children's play and games", în *American Sociological Review*, nr. 43, pp. 471-483.
Levy, F.J. (1995), *Dance and Other Expressive Art Therapy*, Routledge, New York, Londra.
Levy, G. (1989), „Relations among aspects of children's social environments, gender schematization, gender role knowledge and flexibility", în *Sex Roles*, nr. 21, pp. 803-811.
Lewis, H.R.; Streitfeld, H.S. (1972), *Growth Games*, National General Company, New York.
Linn, E. (1990), *One Hundred Fifty Facts About Grieving Children*, The Publisher's Mark, Incline Village.
Livesley, W.J.; Broomley, D.B. (1983), *Person perception in childhood and adolescence*, Wiley, Londra.
Lovdal, L. (1989), „Sex role messages in television commercials: an update", în *Sex Roles*, nr. 21, pp. 715-727.
Luk, L.S.; Laung, P.W.L. (1989), „Conners teacher's rating scale – a validity study in Hong Kong", în *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 30, nr. 5.
Malekoff, A. (1997), *Group Work with Adolescents. Principles and Practice*, The Guilford Press, Londra, New York.
Masters, J.C.; Wellman, H.M. (1974), *The Study of Human Infant Attachment: A Procedural Critique.*
Maudry, M.; Nekula, M. (1974), *Social Relations Between Children of the Same Age During the First Two Years of Life.*
McDaniel, S.; Heţworth, J.; Mihăescu, V.; Dohwety, W.J. (1996), *Psihoterapia ca sistem*, Editura Polirom, Iaşi.
McDonald, K.; Parke, R. (1986), „Parent-child physical play: the effects of sex and age on children and parents", în *Sex Roles*, nr. 15, pp. 367-368.
McGoldrick, M.; Gerson, R. (1990), *Génogrammes et entretien familial*, ESF, Paris.
Meltzoff, A. (1988), „Imitation of televised models by infants", în *Child Development*, nr. 59, pp. 1221-1229.
Mendras, H. (1987), *Elemente de sociologie*, Armand Colin, Paris.
Mikesell, R.H.; Lusterman, D.-D.; McDaniel, Susan (1995), *Integrating Family Therapy. Handbook of Family Psychology and System Theory*, American Psychological Association, Washington, DC.
Mills, J.; Crowley, R. (1986), *Therapeutic Metaphors for Children and the Child within*, Brunner & Mazel Publishers, New York.
Minuchin, S. (1974), *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
Minuchin, S. (1976), *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Minuchin, S. ; Fishman, H.C. (1981), *Family Therapy Technique*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Mitrofan, I. (coord.) (1997), *Psihoterapia experienţială. O paradigmă a autostructurării şi dezvoltării personale*, Editura Infomedica, Bucureşti.

Mitrofan, I. (coord.) (2000), *Orientarea experienţială în psihoterapie*, Editura SPER, Bucureşti.

Mitrofan, I. (coord.) (2001), *Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului. Abordare experienţială*, Editura SPER, Bucureşti.

Mitrofan, I. (1989), *Cuplul conjugal – armonie şi dizarmonie*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Mitrofan, I. (1997), *Psihologia relaţiilor dintre sexe. Mutaţii şi alternative*, Editura Alternative, Bucureşti.

Mitrofan, I. (1999), *Psihoterapia experienţială*, Editura Infomedica, Bucureşti.

Mitrofan, I. ; Buzducea, D. (1999), *Psihologia pierderii şi terapia durerii*, Editurile Albedo şi Astrobios, Bucureşti.

Mitrofan, I. ; Ciupercă, C. (1998), *Incursiune în psihosociolgia şi psihosexologia familiei*, Editura Mihaela Press, Bucureşti.

Mitrofan, I. ; Ciupercă, C. (1997), *Introducere în psihosociologia şi psihosexologia familiei*, Editura Alternative, Bucureşti.

Mitrofan, I. ; Ciupercă, C. (2002), *Psihologia şi terapia cuplului*, Colecţia Caiete Experienţiale, nr. 13, Editura SPER, Bucureşti.

Mitrofan, I. ; Ciupercă, C. (2002), *Psihologia vieţii de cuplu. Între iluzie şi realitate*, Colecţia Alma Mater, Editura SPER, Bucureşti

Mitrofan, I. ; Mitrofan, N. (1991), *Familia de la A la Z. Mic dicţionar al vieţii de familie*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Mitrofan, I. ; Mitrofan, N. (1997), *Elemente de psihologia cuplului*, Editura Şansa SRL, Bucureşti.

Mitrofan, I. ; Nuţă, A. (1999), *Jocurile conştiinţei sau Terapia Unificării*, Editura SPER, Bucureşti.

Mitrofan, I. ; Vasile, D. (2001), *Terapii de familie*, Colecţia Alma Mater, Editura SPER, Bucureşti.

Mitrofan, L. (2002), *Atracţia interpersonală sau Romeo şi Julieta în cotidian (din dosarele X ale psihologiei sociale)*, Colecţia Caiete Experienţiale, nr. 17, Editura SPER, Bucureşti.

Mitrofan, L., (2001), *Prietenia. O cale de dezvoltare şi maturizare a personalităţii*, Colecţia Caiete Experienţiale, nr. 11, Editura SPER, Bucureşti.

Mitrofan, N. (coord.) (1994), „Aspecte psihologice privind delicvenţa juvenilă", în *Psihologie judiciară*, Editura Şansa SRL, Bucureşti.

Mitrofan, N. (coord.) (1994), „Aspecte psihologice privind delincvenţa juvenilă", în *Psihologie judiciară*, Casa de editură şi presă Şansa SRL, Bucureşti.

Mitrofan, N. (1997), *Testarea psihologică a copilului mic*, Editura Press.

Monteil, J.M. (1988), „Comparaison sociale, stratégies individuelles et médiations sociocognitives. Un effet de différenciation comportamentale dans le champ scolaire, în *European Journal of Psychology of Education*, nr. 3, pp. 3-19.

Moody, R.A. ; Moody, C.P. (1991), „A family perspective : helping children acknowledge and express grief following the death of a parent", în *Death Studies*, nr. 15, pp. 587-602.

Moore, Thomas (1996), *Îngrijirea sufletului*, Editura Colosseum, Bucureşti.

Morgan, M. (1987), „Television, sex-role attitudes and sex-role behavior", în *Journal of Early Adolescence*, nr. 3, pp. 269-282.

Nazare-Aga, I. (1997, 1999), *Manipulatorii sunt printre noi*, Editura Niculescu, Bucureşti.

Nichols, M.P. ; Schwartz, R.G. (1991), *Family Therapy. Concepts and Methods*, Allyn & Bacon, Boston.

Nitschke, R. ; Humphrey, G.B. ; Sexaer, C.L. ; Catron, B. ; Wunder, S. ; Jay, S. (1982), „Therapeutic choices made by patients with the stage cancer", în *Journal of Pediatrics*, nr. 101, p. 471.

Nuţă, A. (1999), *Inter-realitatea. Psihoterapie şi spectacol dramatic*, Editura SPER, Bucureşti.

Nuţă, A. (2001), *Inocenţă şi închipuire. Psihologia relaţiei de cuplu*, Editura SPER, Bucureşti.

Nuţă, A. (2002), *Suprafaţa şi adâncimile cuplului*, Colecţia Caiete Experienţiale, nr. 19, Editura SPER, Bucureşti.

Nuţă, A. (2002), *Psihologia comunicării în cuplu*, Colecţia Caiete Experienţiale, nr. 18, Editura SPER, Bucureşti.
O'Brien, M. (1985), „Activity level and sex-stereotyped toy choices in toddler boys and girls", în *Journal of Genetic Psychology*, nr. 146, pp. 527-533.
O'Brien, M. (1987), „Parent's speech to toddlers: the effect of play context", în *Journal of Child Language*, nr. 14, pp. 269-299.
O'Hanlon, W. (1994), „The third wave", în *Networker*, noiembrie-decembrie, 1994.
O'Neil, N.; Schoonover, S; Adelstein, L. (1980), „The effect of TV advertising on children's perceptions of roles", în T. Whipple (ed.), *Children and Television: A Report to Montessori Parents*, Cleveland State University, Cleveland.
Oaklander, V. (1988), „Windows to our children: a gestalt therapy approach to children and adolescents", în *The Gestalt Journal Press*, Highland, New York.
Oancea, C. (1989), „Psihoterapia infantilă", în V. Predescu, *Psihiatria*, vol. 1, Editura Medicală, Bucureşti.
Obrzut, J.E.; Hydn, G.W. (1991), *Neuropsychological Foundations of Learning Disabilities: Handbook of Issues, Methods and Practice*, Academic Press Inc., Londra.
Paleg, K.; Jongsma, A.E. Jr. (2000), *The Group Psychotherapy Treatment Planner*, John Wiley & Sons Inc., New York.
Papero, D.V. (1991), „The Bowen theory", în A.M. Horne, J.L. Passmore (eds.), *Family Counseling and Therapy*, F.E. Peacock, Itasca, IL.
Parker, H.C. (1986): *The ADD Hyperactivity Workbook for Parents, Teachers and Kids*, Impact Publications Inc., Florida.
Parker, H.C. (1988), *The ADD Hyperactivity Workbook for Parents, Teachers and Kids*, ADD Ware House, Florida.
Patterson, G.R. (1971), *Families. Application of Social Learning to Family Life*, Research Press, Illinnois.
Pearson, J.M. (1983), „Terminally ill children. How to discuss death with patients and their families", în *Consultant*, nr. 23, p. 85.
Percheron, A. (1981), „Stratégies éducatives, normes éducatives et classes sociales", în F. Mariet (coord.), *L'enfant, la famille et l'école*, ESF, Paris, pp. 39-59.
Rappaport, J.L.; Jamond, D.R. (1996), *DSM-IV Training Guide for Diagnossis of Childhood Disorders*, Brunner & Mazel, New York.
Richmond-Abbott, M. (1992), *Masculine and Feminine. Gender Roles Over the Life Cycle*. McGraw-Hill, New-York.
Romilă, A. (1997), *Psihiatrie*, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti.
Ross, H.; Taylor, H. (1989), „Do boys prefer daddy or his physical style of play?", în *Sex Roles*, nr. 20, pp. 23-31.
Rubin, J.; Provenzano, F.; Luria, Z. (1974), „The eye of the beholder: parents' views of sex of newborns", în *American Journal of Orthopsychiatry*, nr. 44, pp. 512-519.
Rubin, J.A. (1984), *Child Art Therapy – Understanding and Helping Children Grow Through Art*, Van Nostrand Reinhold Company, New York.
Sanitioso, R.; Brown, M.; Lungu, O. (1999), *Cogniţie socială*, Editura Eurocart, Iaşi.
Satir, V.M. (1964), *Conjoint Family Therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA.
Satir, V.M. (1972), *Peoplemaking*, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA.
Satir, V.M. (1988), *The New Peoplemaking*, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA.
Satir, V.M.; Baldwin, M. (1983), *Later Step by Step: A Guide to Creating Change in Families*, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA.
Saxton, L. (1968, 1990), *The Individual, Marriage and the Family*, Wadsworth Inc., Belmont.
Saint-Exupery de, A. (1993), *Citadela*, Editura RAO, Bucureşti.
Schaefer, Ch. (1988), *Innovative Interventions in Child and Adolescent Therapy*, Irving B. Weiner Editor, New Jersey.
Schaefer. D.; Lyons, C. (1983), *How Do We Tell the Children ?*, Newmarket Press, New York.

Schattner, G. ; Courtney, R. (1981), *Drama in Therapy*, vol. 1, Drama Book Specialists Publishers, New York.
Schuchter, S. ; Zisook S. (1993), „The course of normal grief", în M. Stroebe, W. Stroebe, R. Hansson (eds.), *Handbook of Breavement*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 23-43.
Schutz, W. (1969), *Joy Expanding Human Awareness*, Ever Green Black Hat, New York.
Seligman, M.E.P. (1975), *Helplessness. On Depression, Development and Death*, W.H. Freeman, San Francisco.
Selvini-Palazzoli, M., „Towards a general model of psychotic games", în *Journal of Marital and Family Therapy*, nr. 12/1986, pp. 339-349.
Selvini-Palazzoli, M. ; Boscolo, L. ; Cecchin, G. ; Prata, G. (1978), *Paradox And Counterparadox*, Jason Aronson, New York.
Selvini-Palazzoli, M. ; Cirillo, S. ; Selvini, M. ; Sorentino, A.M. (1990), *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF, Paris.
Sheleen, L. (1983), *Théâtre pour devenir... autre*, Epi, Paris.
Sillamy, N. (1991), *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris.
Simon, R.M., „Sculpting the family", în *Family Process*, nr. 11/1973, pp. 49-51.
Simons, Janet A. (1994), *Human Adjustment*, Brown & Benchmark, Wisconsin.
Singly de, F. (1996), *Le Soi, le couple et la famille*, Nathan, Paris.
Slaby, R. ; Frey, K. (1975), „Development of gender constancy and selective attention to same-sex models", în *Child Development*, nr. 46, pp. 849-856.
Slavin, L.A. ; O'Malley, Koocher, J.E. ; Foster D.J. (1982), „Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients : impact on long-term adjustment", în *American Journal of Psychiatry*, nr. 139, p. 179.
Smith, C. ; Lloyd, B. (1978), „Maternal behavior and perceived sex of infant : revisited", în *Child Development*, nr. 49, pp. 1263-1265.
Speack, R.V. ; Attneave, C.A. (1973), *Family Networks*, Pantheon, New York.
Stanton, J.K. (1992), *An Introduction to Dance, Movement Therapy in Psychiatry*, Tavistock/Routdledge, Londra, New York.
Stănciulescu, E. (1997), *Sociologia educaţiei familiale*, Editura Polirom, Iaşi, vol. 1.
Stănciulescu, E. (1998), *Sociologia educaţiei familiale*, Editura Polirom, Iaşi, vol. 2 .
Steinhardt, N. (1992), *Jurnalul fericirii*, Editura Dacia, Cluj-Napoca.
Stern, M. ; Karraker, K. (1989), „Sex stereotyping of infants : a review of gender labeling studies", în *Sex Roles*, nr. 20, pp. 501-511.
Stratton, P. (1993), *A Student's Dictionary of Psychology*, Hodder & Stoughton, Londra.
Tatelbaum, J. (1980), *The Courage to Grieve*, Perennial Library, Harper & Row Publishers, New York.
Thompson, S. (1975), „Gender labels and early sex-role development", în *Child Development*, nr. 46, pp. 339-347.
Tomm, K. (1984), „One perspective on Milan approach : Part II. Description of session format, interviewing style and interventions", în *Journal of Marital and Family Therapy*, nr. 10(3), pp. 253-271.
Tomm, K. (1984), „One perspective on Milan approach : Part II. Overview of development, theory and practice", în *Journal of Marital and Family Therapy*, nr. 10(2), pp. 113-125.
Turner, S., Calhoun, K. ; Adams, H. (1992), *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, John Wiley & Sons Inc., New York
Vandenplass-Holper, Ch. (1993), *Les contes classiques – supports de l'éducation socio-émotionnelle de l'enfant*, Louvain-la-Neuve.
Vasile, D. (2002), *Curs de psihotraumatologie*, Universitatea Bucureşti, Modulul de Master Psihodiagnoză şi Psihoterapie.
Vincent, G. (1985), „Socializarea fetiţelor", în P. Aries, G. Duby (coord.) *Istoria vieţii private*, vol. 9, Editura Meridiane, Bucureşti, pp. 249-251.
Vladislav, E.O. (1997), *Demers expresiv în psihoterapia copilului şi adolescentului*, Disertaţie Master, (coord. I. Mitrofan), Universitatea Bucureşti.

Walsh, W.; McGrow, J. (1996), *Essentials of Family Therapy*, Love Publishing Company, Missouri.
Watzlawick, P.A. (1966), „A structured family interview", în *Family Process*, vol. 5, pp. 256-271.
White, M. (1988), „Deconstruction and Therapy", în *Dulwich Center Newsletter*, nr. 3, pp. 21-40.
White, M. (1988), „The externalizing of the problem and re-authoring of lives and relationships", *Dulwich Center Newsletter*, nr. 9.
White, M.; Epston, D. (1990), *Narrative Means to Therapeutic Ends*, W.W. Norton, New York.
Wiener, D.J. (1999), *Beyond Talk Therapy, Using Movement and Expressive Technique in Clinical Practice*, American Psychological Association, Washington, DC.
Wilde, Oscar (2000), *De profundis*, Editura Alfa, Bucureşti.
Withaker, C.A. (1989), *Les rêveries d'un thérapeute familial*, ESF, Paris.
Withaker, C.A.; Keith, D.V. (1981), „Symbolic – experiential family therapy", în A.S. Curman, D.P. Knisker, *Handbook of family therapy*, Brunner & Mazel, New York.
Wood, M.M. (1975), *Developmental Therapy : A Textbook for Teachers as Therapists for Emotionally Disturbed Young Children*, University Park Press, Georgia.
Worden, J.W. (1992), *Grief Counseling and Grieg Therapy. A Handbook for Mental Health Practitioner*, Tavistock/Routledge, Londra.
Worden, W. (1991), *Grief Counseling anf Grief Therapy*, Springer Publishing Company Inc., New York.
Yee, M.; Brown, R. (1994), „The development of gender differentiation in young children", în *British Journal of Social Psychology*, nr. 33, pp. 183-196.
Ziglar, Z. (1985, 2000), *Putem creşte copii buni într-o lume negativă*, Editura Curtea Veche, Bucureşti.
Zinker, J. (1976), *Creative Process în Gestalt Therapy*, Bruner & Mazel, New York.
Zlate, C.; Zlate, M. (1982), *Cunoaşterea şi activarea grupurilor sociale*, Editura Politică, Bucureşti.
*** *Biblia*, Editura Institutului Biblic şi de Misiune a Bisericii Ortodoxe Române, Bucureşti, 1997.

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

COLLEGIUM. Psihologie

au apărut:

Adrian Neculau (coord.) – *Psihologie socială. Aspecte contemporane*
Andrei Cosmovici – *Psihologie generală*
W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny – *Psihologie socială experimentală*
Adrian Neculau, Gilles Ferréol (coord.) – *Minoritari, marginali, excluşi*
Constantin Cucoş – *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*
Mielu Zlate (coord.) – *Psihologia vieţii cotidiene*
R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) – *Stereotipuri, discriminare şi relaţii intergrupuri*
Serge Moscovici – *Psihologia socială sau maşina de fabricat zei*
Adrian Neculau (coord.) – *Câmpul universitar şi actorii săi*
Adrian Neculau (coord.) – *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*
J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel – *Crize. Abordare psihosocială clinică*
Andrei Cosmovici, Luminiţa Iacob (coord.) – *Psihologie şcolară*
Şerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*
Serge Moscovici (coord.) – *Psihologia socială a relaţiilor cu celălalt*
Willem Doise, Gabriel Mugny – *Psihologie socială şi dezvoltare cognitivă*
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) – *Psihosociologia rezolvării conflictului*
André Sirota – *Conduite perverse în grup*
Adrian Neculau, G. Ferréol (coord.) – *Psihosociologia schimbării*
Mircea Miclea – *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*
Mielu Zlate – *Psihologia mecanismelor cognitive*
Gilles Ferréol (coord.) – *Identitatea, cetăţenia şi legăturile sociale*
Mielu Zlate – *Introducere în psihologie*
Ion Dafinoiu – *Elemente de psihoterapie integrativă*
Eva Drozda-Senkowska – *Psihologia socială experimentală*
Cornel Havârneanu – *Cunoaşterea psihologică a persoanei. Posibilităţi de utilizare a computerului în psihologia aplicată*
Steve Duck – *Psihologia relaţiilor interumane. Teorie, concepte şi noţiuni fundamentale*
Valentin Clocotici, Aurel Stan – *Statistică aplicată în psihologie*
Gilles Ferréol (coord.) – *Adolescenţii şi toxicomania*
Adrian Neculau (coord.) – *Analiza şi intervenţia în grupuri şi organizaţii*
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) – *Dinamica grupurilor. Texte de bază*
Mihaela Roco – *Creativitate şi inteligenţă emoţională*
Jean Delacour – *Introducere în neuroştiinţele cognitive*

BUCUREŞTI UNIVERSITY LIBRARY

Ion Dafinoiu – *Personalitatea. Metode de abordare clinică: observaţia şi interviul*
Septimiu Chelcea – *Un secol de cercetări în psihosociologie*
Aurel Stan – *Testul psihologic. Evoluţie, construcţie, aplicaţii*
Dan Goglează – *Întâlnire cu un psihoterapeut în practica schimbării. Exemple, cazuri, soluţii, comentarii*
Alex Mucchielli – *Arta de a influenţa*
Michel-Louis Rouquette – *Despre cunoaşterea maselor. Eseu de psihologie politică*
Vincent Yzerbyt, Georges Schadron – *Cunoaşterea şi judecarea celuilalt*
Mihai Kramar – *Psihologia stilurilor de gândire şi acţiune umană*
Jean-Claude Abric – *Psihologia comunicării. Teorii şi metode*
Şerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice*
Ştefan Boncu – *Psihologia influenţei sociale*
Daniel Gaonac'h, Pascale Larigauderie – *Memorie şi funcţionare cognitivă*
Bruna Zani, Augusto Palmonari – *Manual de psihologia comunităţii*
Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha – *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice*
Adrian Neculau (coord.) – *Manual de psihologie socială*
Mihaela Vlăsceanu – *Organizaţii şi comportament organizaţional*
Iolanda Mitrofan (coord.) – *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihopatologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie*

în pregătire:

Constantin Enăchescu – *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie*
Jacques Montangero – *Vis şi cogniţie*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihosexologie*
Roy Schafer – *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*

BCU IASI CENTRU VECHI LIBRARY

www.polirom.ro

Redactor: Andreea Hrab
Coperta: Manuela Oboroceanu
Tehnoredactor: Luminița Modoranu

Bun de tipar: octombrie 2003. Apărut: 2003
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266, 700506, Iași
Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33; O.P. 37 • P.O. Box 1-728,
030174, București; Tel.: (021) 313.89.78, E-mail: polirom@dnt.ro

Tiparul executat la Ş.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, București
Tel./Fax: 211.32.60, 212.29.27, E-mail: lumina-lex@fx.ro

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

120.000 lei

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Psihologie

Volum coordonat de
Iolanda Mitrofan

CURSA CU OBSTACOLE A DEZVOLTĂRII UMANE

Psihologie, psihopatologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie

Cum diagnosticăm şi cum asistăm psihologic copilul şi familia în dificultate? Volumul prezintă principalele chei şi repere, cazuri şi strategii de intervenţie psihoterapeutică, adresându-se atât specialiştilor şi studenţilor în psihologie, pedagogie, medicină şi asistenţă socială, cât şi publicului larg interesat de cunoaştere şi optimizare umană.

Autorii propun o excursie în labirintul problematicii dezvoltării umane, o şansă de a discrimina şi recunoaşte graniţele fine, subtile, dintre sănătate şi boală, dintre adaptare şi inadaptare, dintre „normal" şi „patologic" în cursa transformărilor de sine care ne separă şi ne re-unifică, de la starea de copil la cea de adult, în context familial şi social.

Copiii în cursa socializării sau cum se perpetuează diferenţele dintre băieţi şi fete • Prietenia din perspectiva dezvoltării în creuzetul interacţiunii psihosociale • Dezvoltarea personală a copiilor în grupul experienţial • Evaluarea psihopatologică şi psihodiagnostică a copilului • Tulburările psihice la copil • Experienţa pierderii şi a durerii la copil • Ce se întâmplă cu adolescenţii abuzaţi? • Ce este psihoterapia copilului? • Studii de caz • Focus psihoterapeutic familial

Collegium

ISBN 973-681-440-8
9 789736 814402

Editura POLIROM
www.polirom.ro

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIB